1

MANUEL DE FORMATION DI - RHM

Réalisé sous la coordination de la cellule « Audits infirmiers » du service Data Management – DG 1

Conception et rédaction
Lieven De Maesschalck
Brigitte De Maerteleire
Josine Morren -Gustin
Luce Hofmann
Eddy Terryn

2 Protection des droits d' auteur

Ce document est protégé par la loi du 30 juin 1994 relative au droit d'auteur et aux droits voisins (Mon. 27 juillet 1994; Err. Mon. 22 novembre 2004).

Toute utilisation ou reproduction même partielle de cet ouvrage à des fins commerciales est strictement interdite.

3 Objectifs

Pour le Formateur

•Optimaliser l'enregistrement des DI-RHM
→ Intégrer les concepts à la base de la construction des DI-RHM
→ Situer les DI-RHM dans le contexte quotidien de la pratique infirmière

•Former des personnes capables de réaliser l'enregistrement du DI-RHM dès 2007 sur base du manuel de codage en intégrant les indicateurs de contrôle afin d'enregistrer des données qui seront validées par l'audit externe.

•Choisir des méthodes pédagogiques adaptées et utiliser les outils mis à disposition.

4

Objectifs

Pour les infirmier(e)s codeurs

•Réaliser l'enregistrement du DI-RHM dès 2007 sur base du manuel de codage en intégrant les indicateurs de contrôle afin d'enregistrer des données qui seront validées par l'audit externe.

•Optimaliser l'enregistrement des DI-RHM

→ Intégrer les concepts à la base de la construction des DI-RHM

→ Situer les DI-RHM dans le contexte quotidien de la pratique infirmière

5

PLAN

INTRODUCTION

PREAMBULE

CADRE DE REFERENCE

DI-RHM APPLICATION

DI-RHM EXERCICES

6

TABLE DES MATIERES

Objectifs

Introduction

Préambule
- Les DI-RHM
  - *Historique du RIM*
  - *Actualisation du RIM*
  - *Le RHM*
- Implantation des DI-RHM

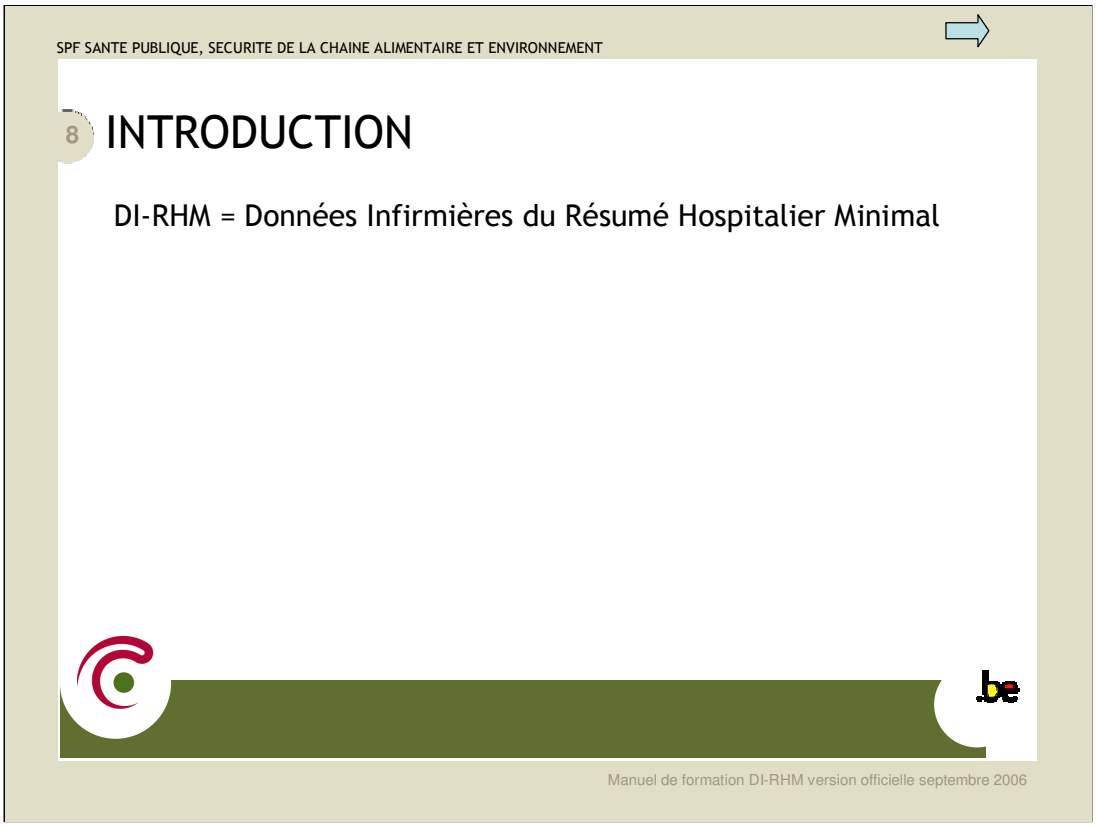
  Le pilotage du changement:
  - *Introduction du changement*
  - *Quoi changer?*
  - *Comment changer?*
  - *Plus-value du nouvel enregistrement*
  - *Stratégie de formation et ressources*

Cadre de référence
- Du raisonnement clinique au dossier infirmier
- Les classifications de la pratique infirmière
  - *La classification Nanda*
  - *La classification NIC*
  - *La classification NOC*
  - *Les liens Nanda-NIC-NOC*
- Les références légales
- Les transmissions ciblées

7 TABLE DES MATIERES

DI-RHM Application
- Généralités concernant l'enregistrement des données
  - *Données concernant la structure de l'hôpital*
  - *Données concernant le personnel*
  - *Données administratives*
  - *Données médicales*
  - *Données concernant les interventions infirmières*
- Conséquences pour l'infirmière
  - *Information*
  - *Formation*
  - *Implication sur le dossier infirmier*
  - *Implication sur les applications des résultats*
- Le futur…
  - *2RIM2: extraction automatique du DI-RHM à partir d'un dossier infirmier informatisé*
  - *Module de formation informatisé on line*

DI-RHM Exercices
- Objectifs des exercices
- Exercices niveau 1
- Exercices niveau 2


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
8
INTRODUCTION
DI-RHM = Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal
.be
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

L'objectif de l'enregistrement des Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal ou DI-RHM est de donner un aperçu des interventions infirmières réalisées par le personnel infirmier.

La première partie du manuel brosse l'historique du RIM, son actualisation ainsi que les bases conceptuelles de la construction du contenu du DI-RHM.

Le passage du RIM au DI-RHM constitue un changement pour le quotidien infirmier en raison du contenu de l'outil imposé et de l'implication attendue de la part du personnel infirmier.

Un pilotage du changement est recommandé par la mise en place d'une stratégie proposée dans ce manuel mais laissée à la discrétion de tout manager responsable.

La deuxième partie du manuel situe le cadre de référence dans lequel évolue le DI-RHM.

La taxonomie de l'outil d'enregistrement DI-RHM s'inscrit dans un processus dynamique car il fait référence à la classification NIC (Nursing Interventions Classification) amenée à évoluer .

Tout comme les interventions infirmières sont tributaires de la pertinence du raisonnement clinique et trouvent leur sens en raison de ce qu'elles sont sensées traiter et des effets qu'elles produisent, les données enregistrées sont validées par des indicateurs « contrôles » qui ont pour la plupart leur origine en amont ou en aval de l'intervention renseignée comme ayant été effectuée.

Le cadre de référence présent dans ce manuel situe les données DI-RHM dans le jugement clinique infirmier soulignant ainsi l'importance de ce dernier et met en évidence le rôle des outils que sont les classifications de la pratique infirmière pour nommer les tenants et aboutissants des actions menées.

Les références légales rappellent les obligations de la tenue d'un dossier de soins infirmiers

Enfin, la méthode des « Transmissions ciblées » est proposée aux infirmier(e)s qui cherchent à augmenter la lisibilité de leurs notes d'observation journalière tout en évitant les répétitions inutiles. La méthode fait référence aux étapes du raisonnement clinique et est un atout pour la mise en évidence des interventions effectuées et de leur justification.

La troisième partie du manuel décrit les modalités et les règles qui régissent l'enregistrement des Données infirmières, le niveau de formation requis par les différents acteurs du terrain selon leur implication dans l'enregistrement même.

Des recommandations sont émises pour la conception et la tenue des dossiers papiers ou informatisés dans le but de répondre aux critères de l'audit.

Les projets du SPF en matière de formation en ligne et d'extraction automatique des données sont annoncés.

La quatrième partie proposent des exercices présentant des niveaux de difficultés différents selon qu'ils s'adressent ou non aux « codeurs ».

9

PREAMBULE

- DI-RHM
  - *Historique du RIM*
  - *Actualisation du RIM*
  - *Le RHM*
- Implantation des DI-RHM

  Pilotage du changement
  - *Introduction du changement*
  - *Quoi changer?*
  - *Comment changer?*
  - *Plus-value du nouvel enregistrement*
  - *Stratégie de formation et ressources*

10

Historique des enregistrements en Belgique

1950-1970

grande expansion des soins de santé

1970-1985

période de rationalisation et puis phase de production basée sur la connaissance de

- la demande en soins (ex:type de patient)
- l'organisation des soins ou la variabilité des soins (ex:type de soins)

Extrait de « Le Résumé Infirmier Minimum en Belgique;: instrument de santé de demain » - 1994 - Ministère de la santé publique et de l'environnement-Administration des établissements de soins et Centrum voor Ziekenhuiswetenschap KUL.

•Après la deuxième guerre mondiale, sous la pression, aussi bien des progrès de la science, des innovations technologiques que des attentes du public, les soins de santé ont connu une grande expansion, après une longue période de recherches expérimentales

•Avant la deuxième guerre mondiale, les hôpitaux étaient essentiellement des institutions caritatives, des « lieux d'hospitalité », insérés dans la culture locale de chaque collectivité, et prodiguant des soins. Ces institutions portaient le sceau des congrégations religieuses…Elles pouvaient être de petites entreprises familiales créées par des médecins illustres. Ou il pouvait aussi s'agir d'importantes institutions publiques urbaines, provinciales ou universitaires.

•L'état de la science après la seconde guerre mondiale d'une part , mais surtout l'énorme poussée de solidarité à travers un système d'assurance obligatoire contre la maladie dans le cadre d'une sécurité sociale placée sous la protection de l'Etat d'autre part , annonçaient, dans bon nombre de pays, une période d'énorme expansion.

•Dans cette phase d'expansion, se situant plus ou moins dans les années 1950-1970, la demande de soins hospitaliers dépassa l'offre. Chaque direction hospitalière, chaque département pouvait augmenter le nombre de lits, créer des unités, engager des médecins, avec la certitude qu'ils pourraient travailler à plein rendement dans les plus brefs délais. Chaque année, le budget était approuvé sans trop de discussion par les villes, par les autorités publiques et par les organismes assureurs.

•Emporté par son essor, le secteur hospitalier en rapide expansion créa cependant lui-même son propre revirement: à un moment donné, la balance s'inversa en un dépassement de la demande en soins hospitaliers par l'offre. Le monde extérieur commença à se poser des questions. D'autres priorités sociales devinrent importantes.

•A cette période d'expansion succéda, dans les années 1970-1985, une période de rationalisation. Elle fut caractérisée par la maîtrise des coûts, par des enveloppes budgétaires et des plafonds. Cette phase de rationalisation ne fut qu'une phase intermédiaire conduisant à la phase de production.

•Au cours de cette phase de production, nous remarquons une volte-face de l'orientation des coûts vers une préoccupation pour le produit »les soins aux patients ». Jusqu'à cette phase, les hôpitaux pouvaient parfaitement être bien gérés sans qu'il fût nécessaire de connaître le nombre de patients qui y étaient traités ou soignés. Dans la phase de production, cela n'était plus possible.

•La stratégie développée pour la gestion se concentra en premier lieu sur la connaissance de la demande en soins.(….). En deuxième lieu, la politique de gestion se concentra sur l'organisation des soins.(…).Nous regrouperons ce large éventail de caractéristiques des soins sous l'intitulé « variabilité des soins ».

11

Historique des enregistrements en Belgique

1983

proposition d'un nouveau mode de financement des hôpitaux

1986

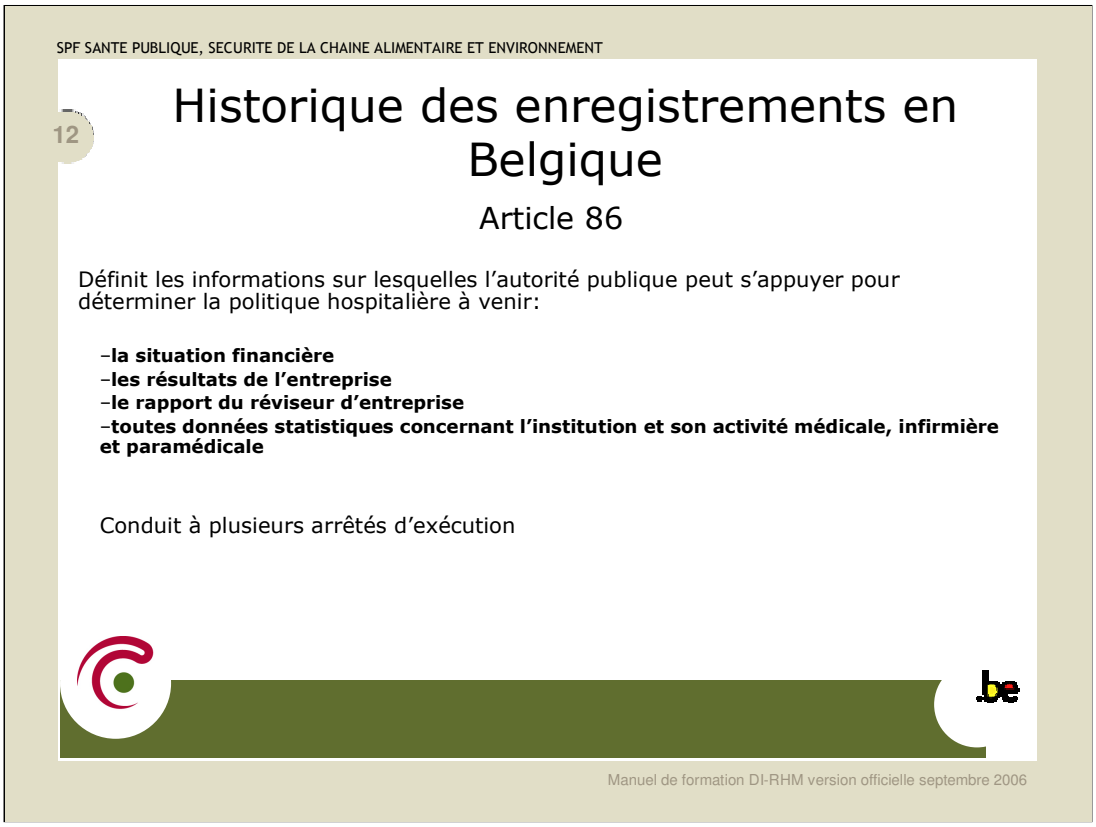
concrétisation par AR 407

1987

coordination officielle de la loi sur les hôpitaux

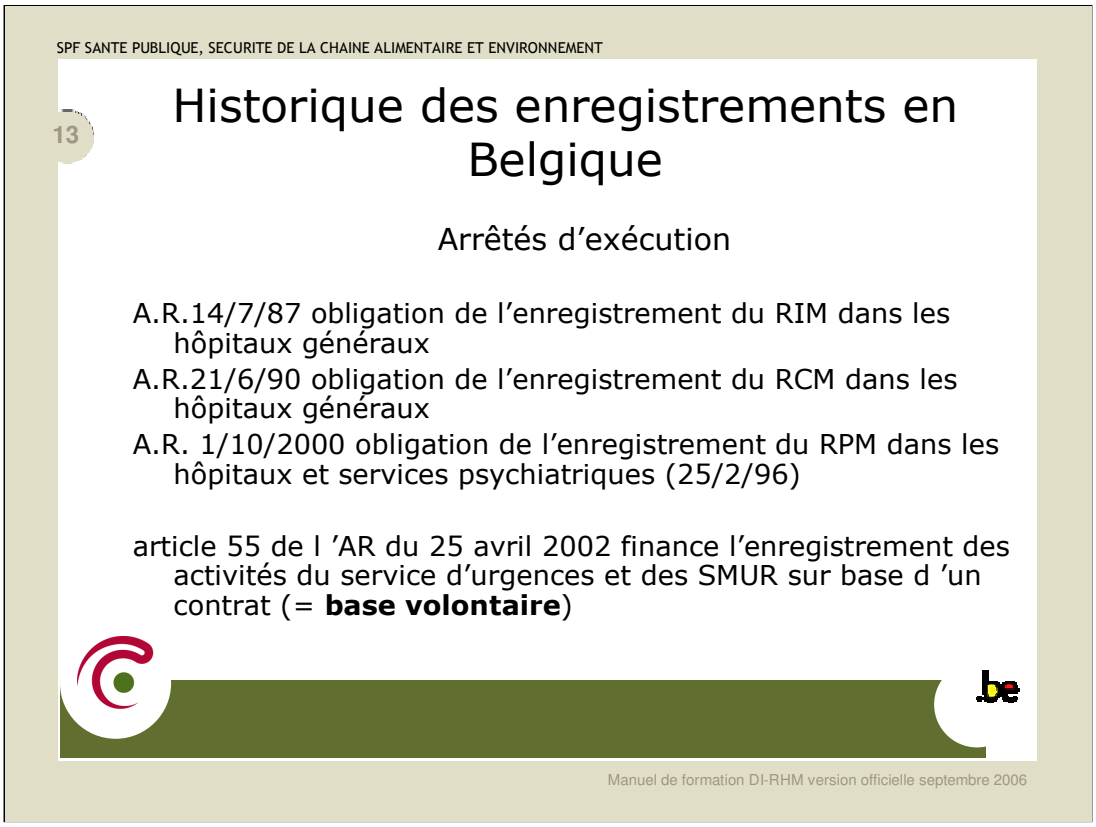
Suite

•La proposition d'un nouveau mode de financement des hôpitaux, annoncée à la fin de 1983 par le ministre des Affaires sociales de l'époque, J.L.Dehaene, constitua l'amorce de la phase de production qui prit véritablement forme, le 18 avril 1986, par l'arrêté royal n°407. Cet arrêté modifiait à ce point la loi sur les hôpitaux, que le 7 août 1987 paraissait une coordination officielle de la loi sur les hôpitaux: la nouvelle loi sur les hôpitaux.


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
12
Historique des enregistrements en Belgique
Article 86
Définit les informations sur lesquelles l'autorité publique peut s'appuyer pour déterminer la politique hospitalière à venir:
–la situation financière
–les résultats de l'entreprise
–le rapport du réviseur d'entreprise
–toutes données statistiques concernant l'institution et son activité médicale, infirmière et paramédicale
Conduit à plusieurs arrêtés d'exécution
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Suite

•L'autorité publique a donc estimé que, non seulement les données financières, mais aussi les données concernant les activités médicales, étaient importantes pour la nouvelle gestion des hôpitaux. Il ressort du rapport au Roi que la notion d'activité médicale doit être comprise au sens large: elle se rapporte « aussi bien aux activités médicales qu'aux activités infirmières et paramédicales ».


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
13
Historique des enregistrements en Belgique
Arrêtés d'exécution
A.R.14/7/87 obligation de l'enregistrement du RIM dans les hôpitaux généraux
A.R.21/6/90 obligation de l'enregistrement du RCM dans les hôpitaux généraux
A.R. 1/10/2000 obligation de l'enregistrement du RPM dans les hôpitaux et services psychiatriques (25/2/96)
article 55 de l 'AR du 25 avril 2002 finance l'enregistrement des activités du service d'urgences et des SMUR sur base d 'un contrat (= base volontaire)
.be
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

L'enregistrement est réglé par l'AR du 14 août 1987 comprenant la détermination des règles selon lesquelles différentes données statistiques doivent être envoyées au Ministre en charge de la Santé publique.

Depuis 1999, cet AR est intégré dans l'AR réglant l'enregistrement du RCM (AR 2/12/1999).

Depuis 1988, tous les hôpitaux généraux sont obligés d'enregister ces données et de les envoyer au Ministère.

Les enregistrements RIM, RCM et SMUR vont être **prochainement remplacés par un nouvel AR sur le RHM**.

14

Historique des enregistrements en Belgique

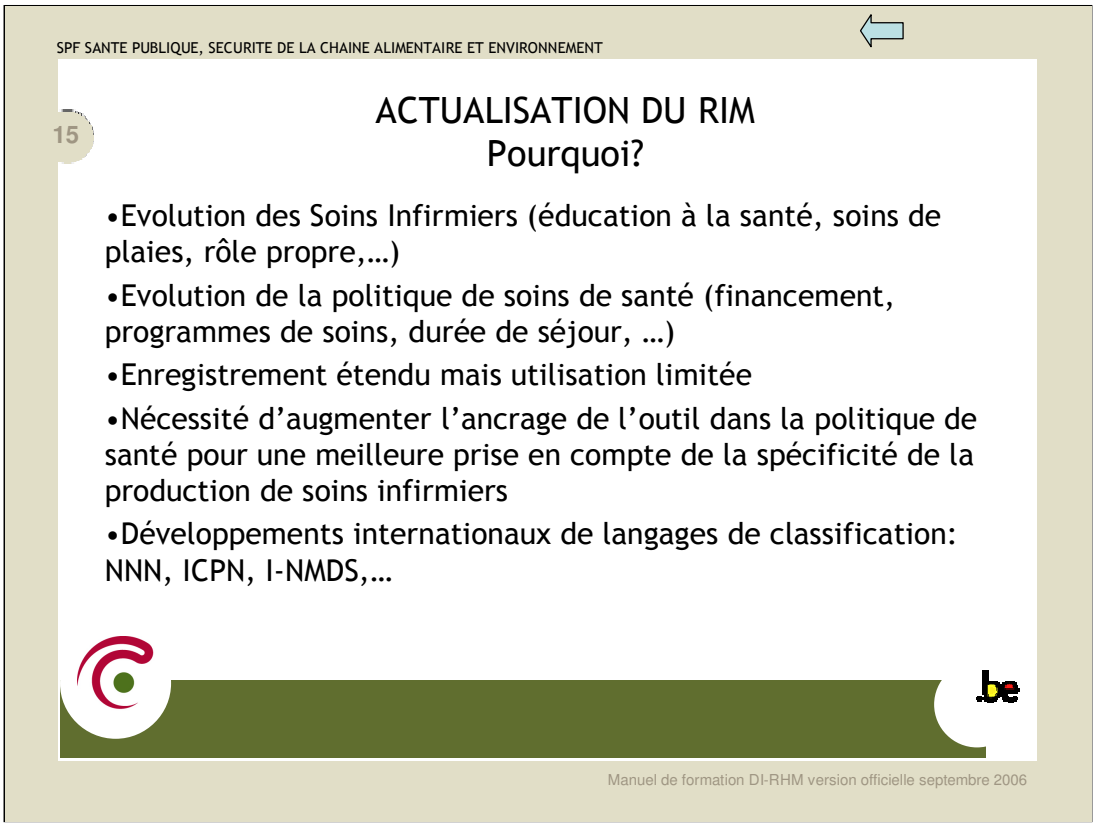
LE RIM

ou

résumé infirmier minimum

Enregistrement systématique d'un nombre aussi petit que possible de données codées uniformément, à l'usage de la pratique infirmière ou s'y rapportant, afin de mettre l'information à la disposition d'un groupe aussi important que possible d'utilisateurs, en fonction d'un large éventail de besoins d'information.

Sermeus, 1992


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
15
ACTUALISATION DU RIM
Pourquoi?
•Evolution des Soins Infirmiers (éducation à la santé, soins de plaies, rôle propre,…)
•Evolution de la politique de soins de santé (financement, programmes de soins, durée de séjour, …)
•Enregistrement étendu mais utilisation limitée
•Nécessité d'augmenter l'ancrage de l'outil dans la politique de santé pour une meilleure prise en compte de la spécificité de la production de soins infirmiers
•Développements internationaux de langages de classification: NNN, ICPN, I-NMDS,…
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

L'actualisation du RIM a été décidée suite à l'évolution du contexte des soins de santé dans notre pays et au niveau international.

L'étude s'est déroulée de 2002 à 2005 et a été confiée à deux équipes de recherche: CZV KUL + CHU Liège

L'étude a utilisé comme base de travail la classification internationale NIC.

Une importante implication des hôpitaux volontaires (66/150) dans des groupes de travail (9 groupes) et des enregistrements tests (2 séries) ont permis de valider la démarche avec le terrain et de favoriser un ancrage dans la réalité hospitalière.

NNN = Nanda, NIC, NOC

ICPN = International Classification Practice Nursing

I-NMDS = International Nursing Minimum Data Set

Pour plus d'information sur le processus d'actualisation, consulter cette rubrique sur le site web www.health.fgov.be

SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
16
Actualisation du RIM
Conception des DI-RHM
La conception des DI-RHM résulte d'un processus de recherche-action mené par deux équipes universitaires en collaboration avec le monde hospitalier et professionnel infirmier à la demande et en concertation avec le SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.
L'ensemble des informations relative à ce travail peuvent être retrouvées sur le site www. health.fgov.be
.be
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Après le processus d'actualisation, le RIM II a été intégré dans un nouvel outil d'enregistrement le RHM ou Résumé Hospitalier Minimal (voir slides suivants).

Les données infirmières du RIM II, qui s'intégrent dans ce nouvel outil, ont été rebaptisées DI-RHM.

Cette actualisation suit cinq principes de base:

1. Le RIM est intégré dans un enregistrement plus grand et complet des données hospitalières (RCM, Finhosta,…)
2. L'utilisation optimale des données déjà collectées précède tout nouvel enregistrement.
3. L'approche quantitative actuelle des soins est complétée par une approche qualitative et évaluative.
4. L'actualisation est intégrée dans le concept des programmes de soins.
5. L'actualisation est réalisée en dialogue permanent avec le monde hospitalier et infirmier.

L'actualisation s'est déroulée en trois étapes:

Première étape: identification de quatre modalités de séjour (hospitalisation de jour, court séjour, séjour classique, soins intensifs)

Deuxième étape: attention apportée à la variabilité et à l'intensité des soins infirmiers; la variabilité des soins infirmiers a été identifiée par le couplage du RCM et du RIM par groupe de pathologie. De plus, le contenu du RIM a été actualisé; en effet, durant les quinze dernières années, les soins infirmiers ont fort évolués: nouvelles techniques, nouvelles approches en matière de soins de plaies, informatisation, développement des auto-soins et de l'éducation du patient,…La justification des soins est devenue une obligation et ceci entraîne la nécessité de baser les soins infirmiers sur des données probantes (Evidence Based Nursing).

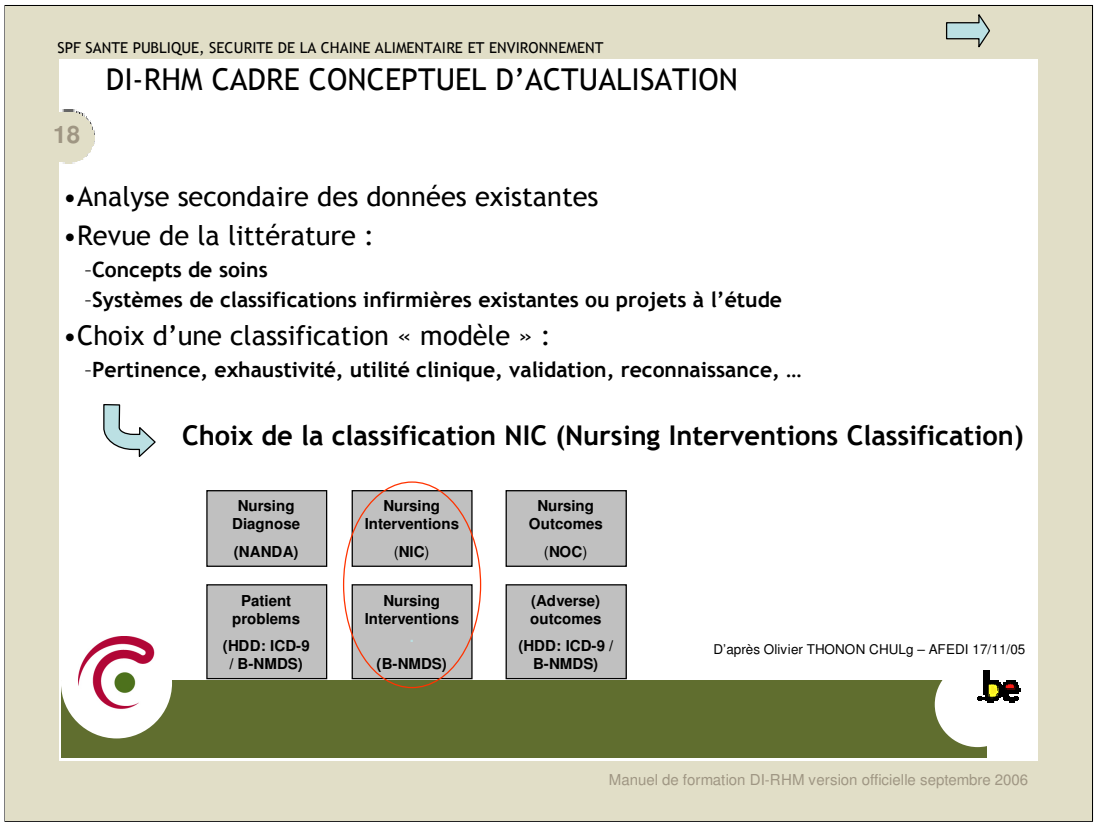
Troisième étape: enregistrement des données de personnel sur base de données justifiées en référence à des critères internationaux de « staffing adequacy » et « staffing effectiveness » (Needlemann et al., 2001).

DI-RHM Règles générales d'actualisation

17

- Développement d'un langage infirmier univoque
- Intégration dans un ensemble de systèmes d'enregistrements et relation avec les bases de données existantes
- Création de sets d'enregistrement de base et spécifiques des domaines de soins
- Maintien d'un enregistrement minimal avec exploitation maximale des données existantes (multi-applications)
- Approche quantitative des soins complétée par une approche qualitative ou évaluative
- Dialogue permanent avec le secteur hospitalier et la profession infirmière

D'après Olivier THONON CHULg - AFEDI 17/11/05


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
DI-RHM CADRE CONCEPTUEL D'ACTUALISATION
18
•Analyse secondaire des données existantes
•Revue de la littérature :
-Concepts de soins
-Systèmes de classifications infirmières existantes ou projets à l'étude
•Choix d'une classification « modèle » :
-Pertinence, exhaustivité, utilité clinique, validation, reconnaissance, …
Choix de la classification NIC (Nursing Interventions Classification)
Nursing Diagnose (NANDA)
Nursing Interventions (NIC)
Nursing Outcomes (NOC)
Patient problems (HDD: ICD-9 / B-NMDS)
Nursing Interventions (B-NMDS)
(Adverse) outcomes (HDD: ICD-9 / B-NMDS)
D'après Olivier THONON CHULg – AFEDI 17/11/05
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Les DI-RHM ont été intégrés dans un cadre international plus large.

L'utilisation d'un langage standardisé validé sur le plan international a rendu cette intégration possible.

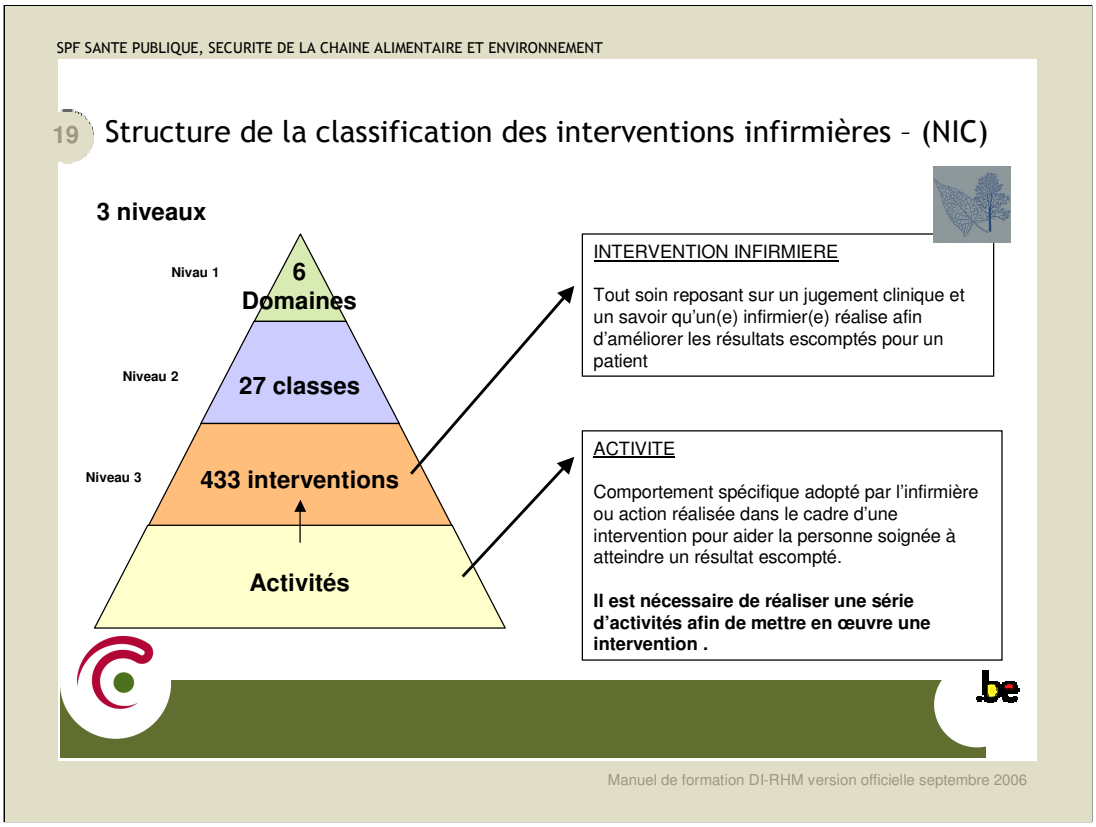
En outre, l'utilisation d'un langage, basé sur un cadre conceptuel, est un moyen de rendre l'ensemble de la profession infirmière plus visible et garantit la prise en compte de toutes les dimensions des soins infirmiers.

Une étude de la littérature a retenu les classifications suivantes:

•International Classification for Nursing Practice (ICPN)

•Home Health Care Classification system (HHCC)

•Nursing Interventions Classification (NIC)


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
19
Structure de la classification des interventions infirmières – (NIC)
3 niveaux
Nivau 1
6
Domaines
Niveau 2
27 classes
Niveau 3
433 interventions
Activités
INTERVENTION INFIRMIERE
Tout soin reposant sur un jugement clinique et un savoir qu'un(e) infirmier(e) réalise afin d'améliorer les résultats escomptés pour un patient
ACTIVITE
Comportement spécifique adopté par l'infirmière ou action réalisée dans le cadre d'une intervention pour aider la personne soignée à atteindre un résultat escompté.
Il est nécessaire de réaliser une série d'activités afin de mettre en œuvre une intervention .
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

La classification des interventions infirmières correspond à l'ordonnancement ou à l'organisation d'activités infirmières à l'intérieur de groupes ou d'ensembles sur base des relations qui existent entre elles. Un intitulé est assigné à ces groupes.

Les interventions de la classification (NIC) sont organisées au sein d'une taxonomie à 3 niveaux.

Au sommet, le niveau le plus abstrait, on retrouve 6 domaines qui sont :

1. Physiologique de base (Soins qui aident au fonctionnement physique)
2. Physiologique complexe (Soins qui aident à la régulation homéostatique)
3. Comportemental (Soins qui aident au fonctionnement psychosocial et qui facilitent les modifications du style de vie)
4. Sécurité (Soins qui aident à la protection contre les dangers)
5. Famille (Soins qui soutiennent l'unité familiale)
6. Système de santé (Soins permettant l'utilisation effective du système de soins de santé)

Chacun de ces domaines inclut des classes (niveau 2). Les classes sont des groupes d'interventions apparentées. Les classes sont spécifiques à un domaine. Chaque classe à un titre, une définition et une liste d'intervention.

Les interventions correspondent au troisième niveau de la taxonomie. Chaque intervention a un titre, une définition et une liste d'activités infirmières proposées pour mener à bien l'intervention.

Schématiquement on peut résumer la structure de la classification de la manière suivante:

DOMAINES = HYPER groupement d'interventions(le plus abstrait)

CLASSES = SUPER groupement d'interventions

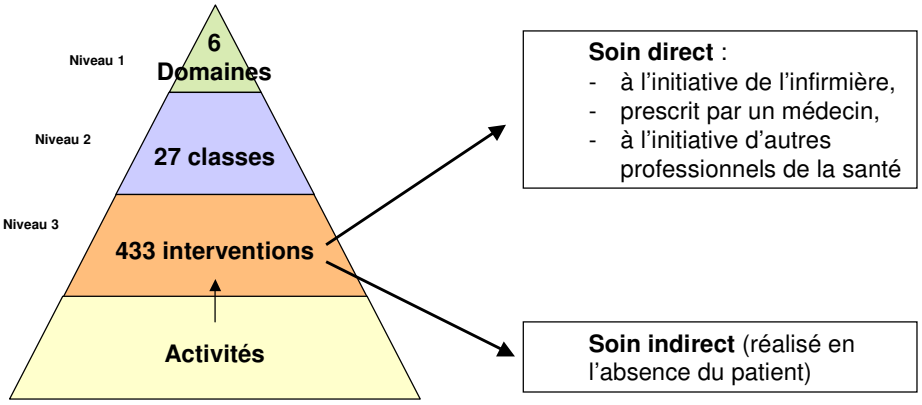
INTERVENTIONS = Goupement d'Activtés

Activités = actions réalisées dans le cadre d'une intervention

La classification des Interventions de Soins Infirmiers (CISI) est la première classification complète et uniformisée des soins réalisés par les infirmières. La taxonomie est neutre sur le plan théorique. Les interventions peuvent être utilisées avec toutes les théories de soins infirmiers et dans tous les systèmes de délivrance de soins.

Le vocabulaire utilisé pour la rédaction des intitulés des interventions est clair, explicite et le reflet de celui employé dans la pratiqque.

20 Structure de la classification des interventions infirmières – (NIC)



Intervention

• Tout soin basé sur un jugement clinique et des connaissances que l'infirmière réalise afin d'améliorer les résultats de la personne soignée.

Activité

▪ Comportement spécifique adopté par l'infirmière ou action réalisée dans le cadre d'une intervention pour aider la personne soignée à atteindre un résultat escompté.
▪ Il est nécessaire de réaliser une série d'activités afin de mettre en œuvre une intervention .

La classification des interventions infirmières comprend les interventions réalisées au nom du patient, les interventions indépendantes (rôle autonome) et interdépendantes (rôle en collaboration), les soins directs et indirects.

Intervention de soins directs

▪ Soin prodigué au travers d'une interaction avec les patients .
▪ Inclut les actions infirmières d'ordre physiologique et psychosocial:les actions impliquant des gestes techniques et celles qui relèvent du soutien et du conseil

Intervention de soins indirects

•Traitement dispensé loin du patient mais au nom du patient ou d'un groupe de patients

• Inclut les actions infirmières visant à organiser l'environnement de soins du patient et la collaboration interdisciplinaire

•L'efficacité des soins directs dépend aussi de ces actions

Ex: vérifier un chariot d'urgence, remplir le dossier infirmier

Soin initié par l'infirmier

Intervention initiée par l'infirmière en réponse à un diagnostic infirmier

Action autonome qui a une base scientifique et qui est réalisée au bénéfice du client d'une manière prévisible pour un diagnostic infirmier en vue d'atteindre les résultats escomptés

Soin initié par le médecin

Intervention initiée par le médecin en réponse à un diagnostic médical , mais exécutée par l'infirmière sur base d'une prescription médicale

DI-RHM CADRE CONCEPTUEL D'ACTUALISATION

21

Choix du concept NIC (Nursing Interventions Classification)

Ensemble infirmier clair, logique et univoque
Construction soigneuse, exhaustive et validée
Intégration de l'entièreté des soins infirmiers
Large reconnaissance internationale
Traductions officielles dans plus de 10 langues, français et néerlandais notamment
Révision systématique et mises à jour fréquentes
Universel, non spécialisé et non spécifique

Développement d'un langage infirmier

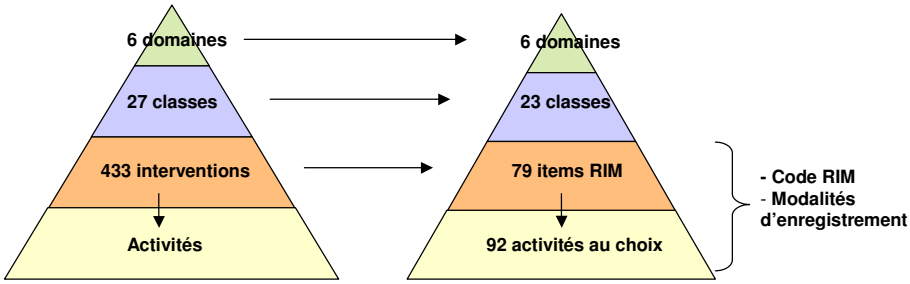
D'après Olivier THONON CHULg – AFEDI 17/11/05

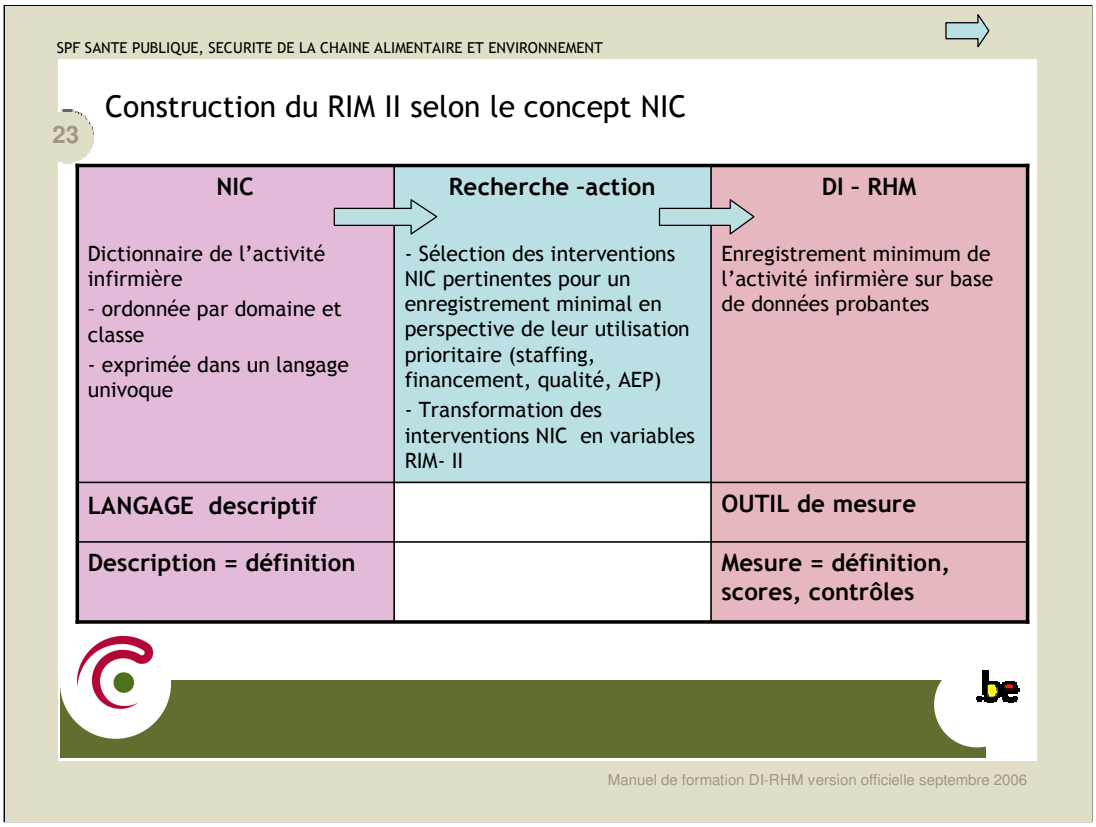
22

DI – RHM CONCEPTION

NIC → DI-RHM : Construction RIM-II selon le concept NIC

Classification des interventions de soins infirmiers → Items Données Infirmières du RHM




SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
23
Construction du RIM II selon le concept NIC
NIC
Recherche -action
DI - RHM
Dictionnaire de l'activité infirmière
- ordonnée par domaine et classe
- exprimée dans un langage univoque
- Sélection des interventions NIC pertinentes pour un enregistrement minimal en perspective de leur utilisation prioritaire (staffing, financement, qualité, AEP)
- Transformation des interventions NIC en variables RIM- II
Enregistrement minimum de l'activité infirmière sur base de données probantes
LANGAGE descriptif
OUTIL de mesure
Description = définition
Mesure = définition, scores, contrôles
.be
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

De NIC vers DI-RHM.

Le DI-RHM n'est pas un langage mais un instrument (outil) d'enregistrement.

Par contre, DI-RHM est un instrument d'enregistrement qui utilise un langage international. Un langage est développé pour communiquer et décrire ce qui se passe ou doit se passer. Il est composé d'étiquettes (titres) et de définitions qui décrivent des concepts précis de manière à ce que, pour qui comprend ce langage, la signification soit évidente et objective.

Dans le cadre du NIC, ce language veut décrire les actions infirmières posées en réponse à un diagnostic infirmier.

Par contre, un instrument d'enregistrement veut mesurer un phénomène de manière objective.

Ce qui implique que des critères très stricts d'inclusion et d'exclusion doivent être formulés et ceci, à un niveau très opérationnel.

Aussi faudra-t-il construire pour un même type de soins, des niveaux hiérarchiques déterminés.

Parce que le DI-RHM est un instrument (outil) d'enregistrement qui peut être utilisé dans différents buts, tels que le financement des hôpitaux ou le contrôle des soins, l'enregistrement doit pouvoir être contrôlé pour éviter les abus.

On a donc ajouté des exigences d'enregistrement.

Une seconde différence importante entre le NIC et le DI-RHM se situe dans le projet. Ainsi, dans le NIC, un soin indirect est repris dans la classification. Par contre dans le DI-RHM, seulement le soin administré directement au patient est mesuré.

Il a été demandé au groupe de travail d'examiner la totalité de la classification NIC en regard des interventions et de répondre à 2 questions par intervention :

- Cette intervention fait-elle partie de votre pratique quotidienne ?
- Cette intervention relève-t-elle d'un enregistrement minimal des soins infirmiers ?

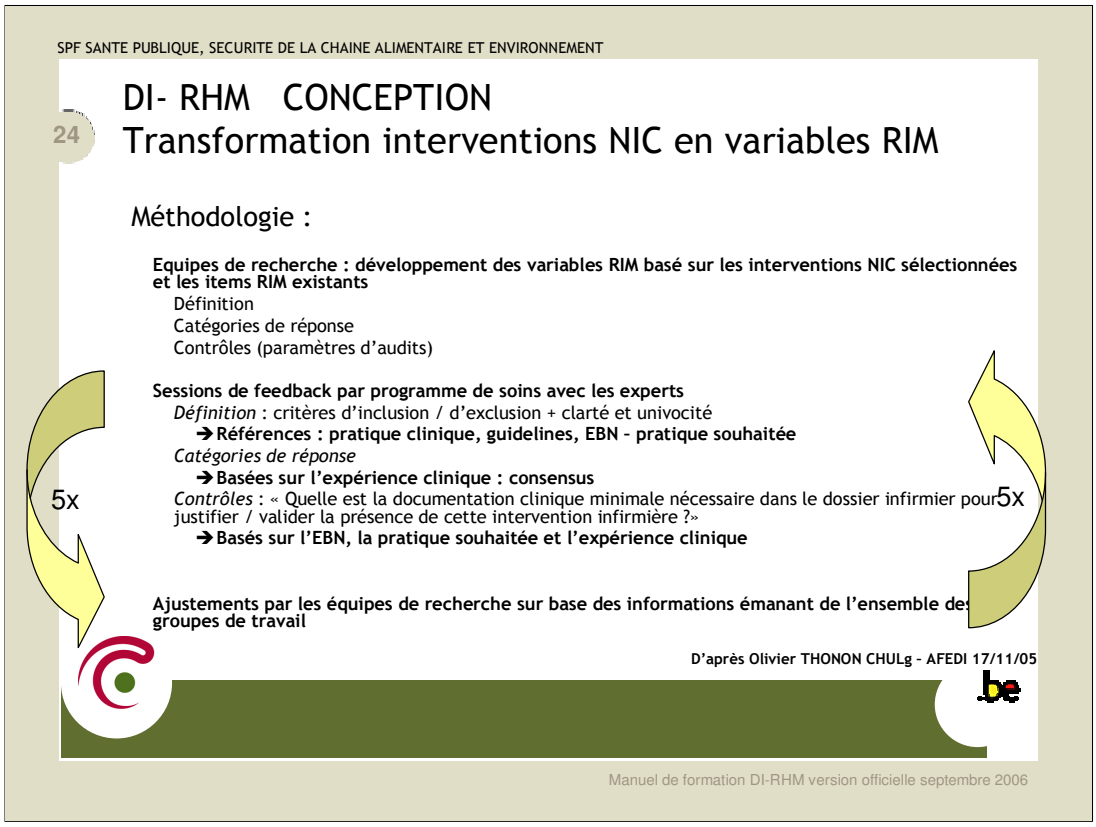
De cette manière, le groupe de travail mène une double réflexion. Par la première question on repère les interventions qui s'inscrivent dans les programmes de soins. La 2ème question cible les interventions significatives pour un enregistrement minimal des soins infirmiers. Si on ne procède pas de cette manière, on court le risque de considérer que toutes les interventions que l'on fait sont importantes et fassent effectivement partie de l'enregistrement minimal des soins infirmiers.

AEP = Appropiateness Evaluation Protocal est un projet de recherche qui se déroule à Liège et qui fait le lien avec DI-RHM.

Pour baliser un séjour justifié il est fait usage du AEP.

L'approche via l'AEP est fondamentalement différente de l'approche via le DRG (durée de séjour moyenne).

Dans l'approche via l'AEP, des caractéristiques de la clientèle sont recherchées ou des caractéristiques de soins qui justifient d'un séjour à l'hôpital. Evidemment les 2 approches peuvent être combinées.


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
24
DI- RHM CONCEPTION
Transformation interventions NIC en variables RIM
Méthodologie :
Equipes de recherche : développement des variables RIM basé sur les interventions NIC sélectionnées et les items RIM existants
Définition
Catégories de réponse
Contrôles (paramètres d'audits)
Sessions de feedback par programme de soins avec les experts
Définition : critères d'inclusion / d'exclusion + clarté et univocité
➔ Références : pratique clinique, guidelines, EBN - pratique souhaitée
Catégories de réponse
➔ Basées sur l'expérience clinique : consensus
Contrôles : « Quelle est la documentation clinique minimale nécessaire dans le dossier infirmier pour justifier / valider la présence de cette intervention infirmière ?»
➔ Basés sur l'EBN, la pratique souhaitée et l'expérience clinique
5x
5x
Ajustements par les équipes de recherche sur base des informations émanant de l'ensemble des groupes de travail
D'après Olivier THONON CHULg - AFEDI 17/11/05
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

En résumé, on peut dire que NIC a été choisi comme langage pour l'actualisation du RIM dans le contexte du développement des soins et du processus de validation qui en est issu.

Cela concerne tout le domaine des SI et l'actualisation se fait de manière systématique. De plus NIC est facile d'emploi dans le cadre d'une structure logistique des données (informatisation des données).

NIC a été traduit dans 9 langues différentes (Dochterman, 2003) dont le néerlandais et le français. L'équipe de recherche de l'université de l'IOWA en a fait 1 version officielle sans quoi, le danger existe qu'il y ait une interprétation dans la traduction.

Durant la 1ère phase du projet DI-RHM , il n'y eut que la 2ème version de NIC qui fut traduite officiellement en néerlandais et en français. Et c'est donc cette version qui fut utilisée pendant l'actualisation du RIM.

Le développement de l'actualisation de la base de données du RIM se déroule selon 2 axes :

1) Qualitatif : conseil d'experts (Formation supérieure en SI et coordinateurs RIM) réuni pour développer 1 instrument qui sera reconnu par le secteur hospitalier.

2) Quantitatif : utilisation conjointe de nouvelles données et de données existantes pour développer un instrument (outil) fiable et valide.

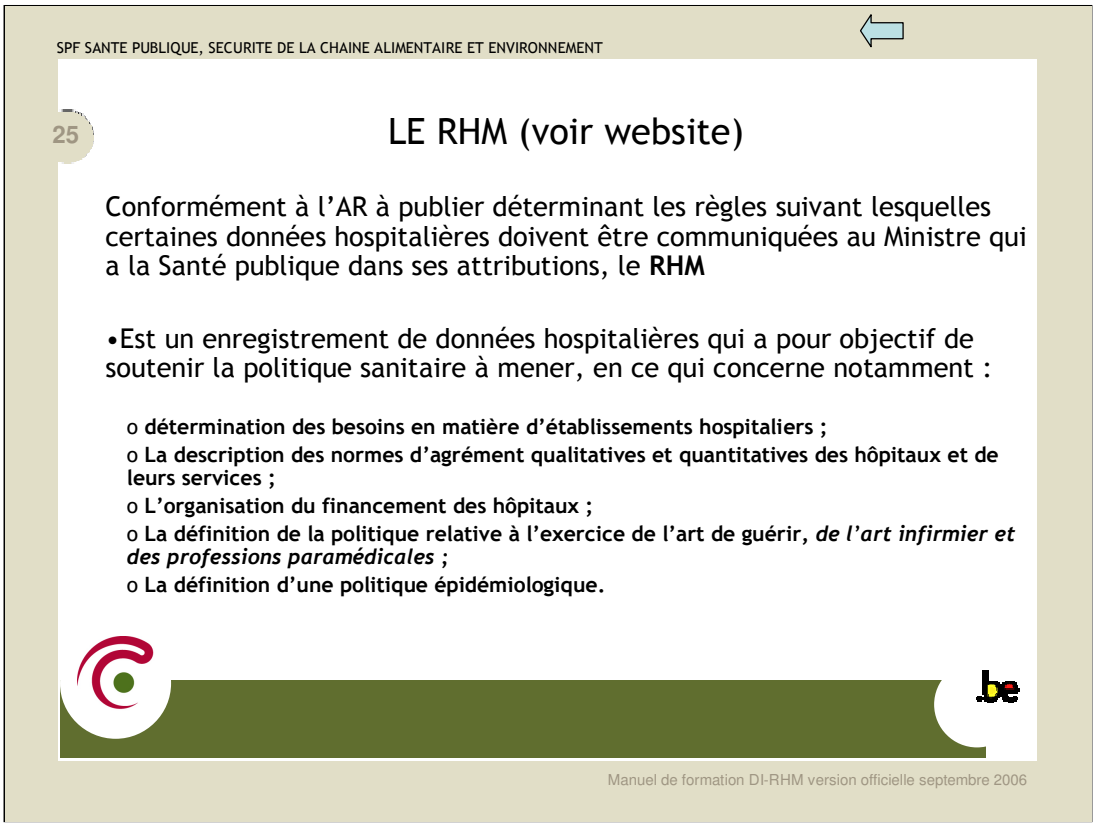
Sur 129 candidats, on a retenu 79 personnes issues de 65 institutions différentes :

Formations supérieures en SI et spécialisés en SI : 73%

Fonctionnaires cadres moyens et coordinateurs RIM : 14%

Autres : 13%

Il y eut d'abord la traduction de NIC en items DI-RHM.


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
25
LE RHM (voir website)
Conformément à l'AR à publier déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, le RHM
•Est un enregistrement de données hospitalières qui a pour objectif de soutenir la politique sanitaire à mener, en ce qui concerne notamment :
o détermination des besoins en matière d'établissements hospitaliers ;
o La description des normes d'agrément qualitatives et quantitatives des hôpitaux et de leurs services ;
o L'organisation du financement des hôpitaux ;
o La définition de la politique relative à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier et des professions paramédicales ;
o La définition d'une politique épidémiologique.
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Il s'agit d'un nouvel AR en application de l'article 86 de la loi sur les hôpitaux, sa parution doit se faire avant fin 2006.

LE RHM

- Il a également pour objectif de soutenir la politique *de la santé* au sein des hôpitaux, notamment par le biais d'un feed-back général et individuel de sorte que les hôpitaux puissent se positionner par rapport à d'autres hôpitaux analogues et corriger leur politique interne
- Cet enregistrement est applicable aux hôpitaux généraux non psychiatriques
- Le type de données hospitalières qui doivent être enregistrées et leurs modalités d'enregistrement et de transmission au SPF Santé publique seront précisées dans l'AR
- Il s'agit de données administratives, de données médicales, de données infirmières, de données relatives au personnel et de données dans le cadre de la fonction « service mobile d'urgence »

27

LE RHM

•Les données infirmières et de personnel seront enregistrées par périodes de 4 x 15 jours. Les données médicales seront enregistrées quotidiennement. L'ensemble de ces données sera mis à disposition du SPF conjointement semestriellement. Les données SMUR seront enregistrées et envoyées quotidiennement

•L'accès à ces données sera défini dans l'AR

•L'envoi des données se fera exclusivement via l'outil Portahealth : portail sécurisé d'échanges (envoi, contrôle, feedback) de données anonymes entre l'hôpital et le SPF Santé publique

28

RHM

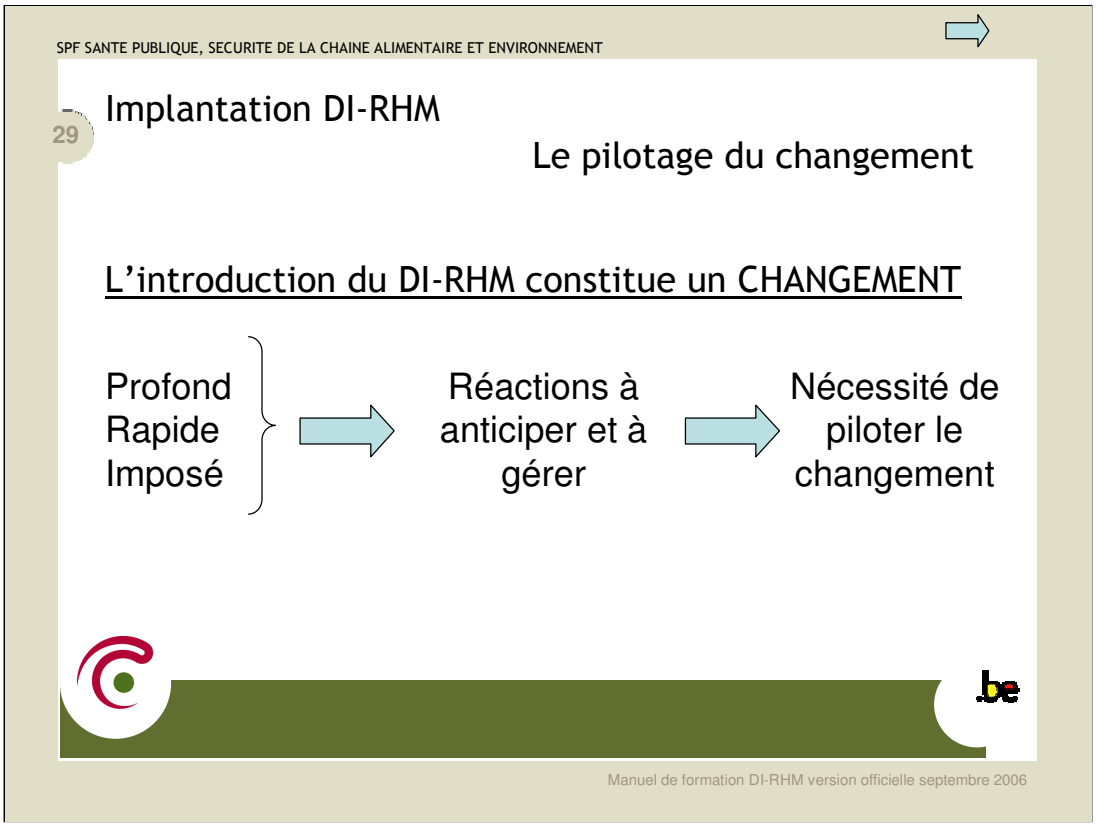
Le RHM remplacera à partir de 2007 le RCM, le RIM et le SMUR.

Il permettra en outre l'utilisation de l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol).

Diverses études concernant des applications de ce nouvel outil sont en cours et concernent notamment :

- Le financement
- La gestion de la qualité
- Le staffing infirmier

Il s'agit d'un outil dynamique qui s'adaptera à l'évolution des réalités politiques et de terrain.



•Changement rapide car le passage d'un outil à l'autre se fera sans transition à un moment donné par l'autorité extérieure à l'institution.

•Changement imposé par les autorités aux acteurs de terrain qui n'ont pas choisi ni le moment, ni la méthode, ni l'opportunité de poursuivre les relevés. Ce n'est pas le projet des acteurs mais ils doivent respecter les règles!

•Changement profond car la liste des items est modifiée. La taxonomie des données infirmières du HM est élaborée sur base d'un outil scientifique reconnu (classification internationale des interventions infirmières). Elle tend à l'emploi d'un langage normalisé en y joignant la nécessité de valider les interventions effectuées par des indicateurs devant se trouver en amont ou en aval de celles-ci. Cette obligation renforce le raisonnement clinique.

•Le changement souhaité ou non dérange et peut donner lieu à des réactions positives ou négatives qui vont dynamiser le projet ou le biaiser

Ex: Réactions négatives :

Peur de l'inconnu; Crainte de ne pas y arriver, de perdre la face; Remise en cause de l'existant (désaveu); Absence de prise de conscience des problèmes; Désintérêt;Surcharge de travail

▪Nécessité de piloter le projet car l'atteinte des objectifs poursuivis par le DI-RHM se joue avant son implantation et dépend du Pilotage du changement qui sera assuré. Les acteurs de terrain doivent comprendre les règles et les enjeux de leur participation

« Piloter un projet, c'est mener à bien et à temps les actions qui vont produire le résultat du projet »

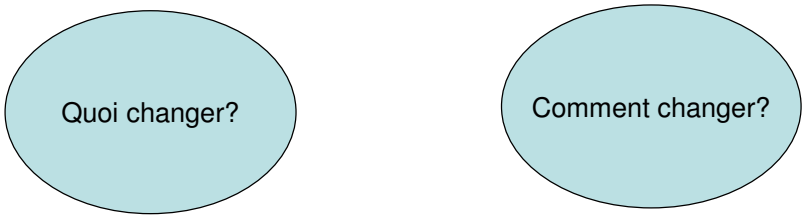
Référence : M. Chambon et H. Pérouze, Conduire un projet dans les services, Chronique Sociale, Lyon, 1998

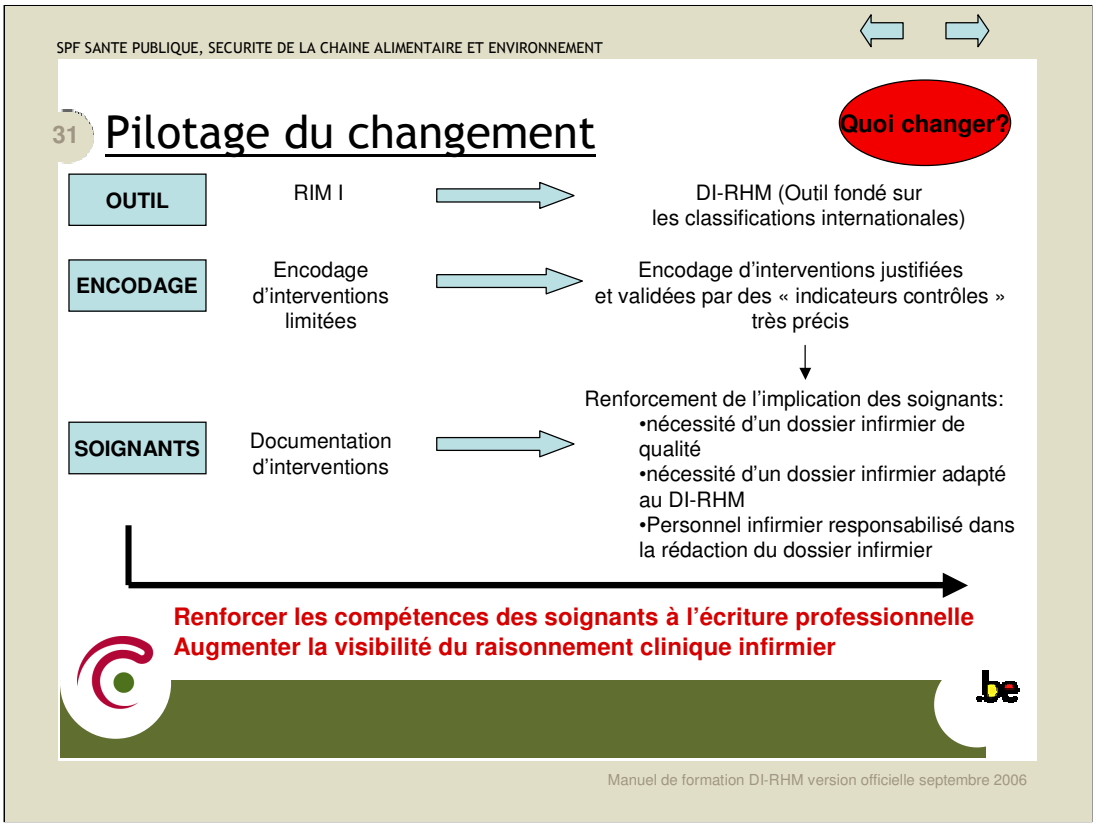
30

Implantation DI-RHM

Pilotage du changement

La gestion du changement doit tenir compte de deux aspects distincts:




SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
31
Pilotage du changement
Quoi changer?
OUTIL
RIM I
DI-RHM (Outil fondé sur les classifications internationales)
ENCODAGE
Encodage d'interventions limitées
Encodage d'interventions justifiées et validées par des « indicateurs contrôles » très précis
SOIGNANTS
Documentation d'interventions
Renforcement de l'implication des soignants:
•nécessité d'un dossier infirmier de qualité
•nécessité d'un dossier infirmier adapté au DI-RHM
•Personnel infirmier responsabilisé dans la rédaction du dossier infirmier
Renforcer les compétences des soignants à l'écriture professionnelle
Augmenter la visibilité du raisonnement clinique infirmier
.be
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Si on s'en réfère aux Règles générales d'actualisation il apparaît que l'on évolue vers une évaluation qualitative des soins infirmiers par le biais de l'écriture professionnelle. Le dossier infirmier est sensé être effectivement le reflet du lien de cohérence entre la situation clinique du patient et les décisions infirmières y afférentes.

Règles générales d'actualisation:

•Développement d'un langage infirmier univoque

•Intégration dans un ensemble de systèmes d'enregistrements et relation avec les bases de données existantes

•Création de sets d'enregistrement de base et spécifiques des domaines de soins

•Maintien d'un enregistrement minimal avec exploitation maximale des données existantes (multi-applications)

•**Approche quantitative des soins complétée par une approche qualitative ou évaluative**

•Dialogue permanent avec le secteur hospitalier et la profession infirmière

D'après Olivier Thonon CHULg – AFEDI 17/11/05

32

Implantation DI-RHM
Pilotage du changement

Comment changer ?

5 facteurs clés de succès

- Inscrire le projet dans une stratégie de changement générale
  Ex : Rénover le dossier infirmier existant
- Avoir une vision claire de l'avenir traduite en termes simples
  « Quels sont les bénéfices pour mon quotidien? »
- Mettre en place une organisation en cohérence avec la stratégie de changement
  Ressources financières, humaines, logistiques
- Piloter la stratégie de changement
  Stratégie de mise en œuvre :communication/formation/implication et accompagnement
- Présenter des preuves tangibles de l'exécution du changement
  Ex: Amélioration de la visibilité des soins infirmiers à travers les dossiers de soins infirmiers (Augmentation de la cohérence et de la pertinence de l'écriture professionnelle)

33

Implantation DI-RHM

Pilotage du changement

Comment changer ?

Inscrire le projet dans une stratégie de changement générale
Avoir une vision claire de l'avenir traduite en termes simples

« Les gens ne feront pas de sacrifices, même si ils sont peu satisfaits du statu quo, à moins qu'ils ne pensent que les avantages potentiels du changement soient attractifs et à moins qu'ils ne croient vraiment qu'une transformation est possible »

The Heart of change (John P. Kotter et Dan S. Cohen)

Implantation DI-RHM

34

Pilotage du changement

Avoir une vision claire de l'avenir traduite en termes simples

Plus-value du nouvel enregistrement

Pour l'infirmière et le patient

- **Rendre les soins infirmiers visibles**
- **Développer le dossier patient informatisé**

Pour la politique de santé et la recherche

35

Implantation DI-RHM

Pilotage du changement

Pour l'infirmière et le patient

Plus-value du nouvel enregistrement

1. Rendre les Soins Infirmiers visibles
- favoriser l'utilisation d'un langage commun détaillé et actualisé
- permettre le développement de connaissances professionnelles (notamment par l'étude des liens entre diagnostics, les interventions et les résultats de Soins Infirmiers)
- favoriser le développement du jugement clinique et la cohérence des décisions de Soins Infirmiers(problème/intervention/résultats)
- évoluer d'un outil statique vers un outil dynamique

2. Développer le dossier patient informatisé

36

Implantation DI-RHM
Pilotage du changement

Pour la politique de santé et la recherche

Plus-value du nouvel enregistrement

Utilisation

- réaliser des feedback différenciés de profils de base et spécifiques permettant des comparaisons plus sensibles à des niveaux différents
- articuler la classification des interventions infirmières avec les systèmes de classification des autres professions de santé
- conserver une compatibilité entre RIM et DI-RHM permettant une utilisation des données existantes
- faire des comparaisons internationales : « benchmarking »

37

Implantation DI-RHM
Pilotage du changement

Pour la politique de santé et la recherche

Plus-value du nouvel enregistrement

Applications

- favoriser le développement et l'utilisation des « clinical pathways »
- développer des outils de gestion du personnel
- développer des outils de gestion de la qualité
- identifier la production de Soins Infirmiers sur le plan économique et financier
- développer un système de financement basé sur une combinaison des APR-DRG et des profils de soins infirmiers

38

Pilotage du changement

Facteur clé du succès

Stratégie de formation, d'information et ressources mises à disposition

Formation et information

SPF

- Mise à disposition :
  - **d'un manuel de formation**
  - **d'un support «PowerPoint»**
  - **d'une carte des items**
  - **d'un manuel de poche**
  - **d'un manuel de codage**
- Formation de formateurs
- Formation de « codeurs »

Institutions

- Information et formation interne de tous les acteurs

Ressources à disposition

SPF

- Helpdesk RHM du SPF
- Disponibilité du SPF concernant les questions d'implantation/formation

Institutions

- Organiser les ressources internes
- Développer un réseau d'échange d'expertise

39

CADRE DE REFERENCE

- Du raisonnement clinique au dossier infirmier
- Les classifications de la pratique infirmière
  - **La classification Nanda**
  - **La classification NIC**
  - **La classification NOC**
  - **Les liens Nanda-NIC-NOC**
- Les références légales
- Les transmissions ciblées
- Le plan de soins guide

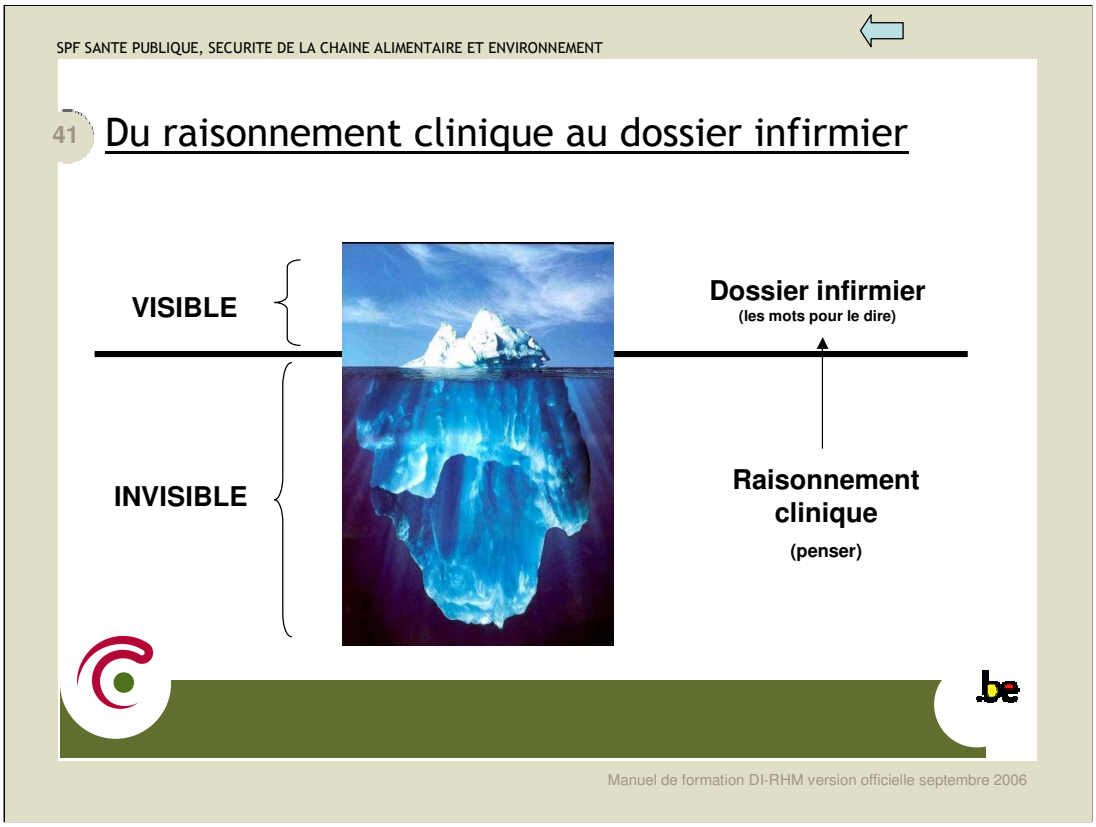
40

Du raisonnement clinique au dossier infirmier

« Etre professionnel c'est savoir exactement ce que l'on fait, pourquoi on le fait et comment on pourra vérifier le résultat de ses actions »

Rosette Poletti.

In Stratégies de soins,Leng M., Duquesne F., 3ème Ed., Paris, 1995



L'action est visible, la réflexion est invisible.

Suivez une infirmière et observez la. Que voyez-vous?

Le faire infirmier c'est-à-dire l'infirmière dans l'action. Elle soigne, elle surveille, …..elle AGIT

Mais pourquoi fait-elle précisément cette action?

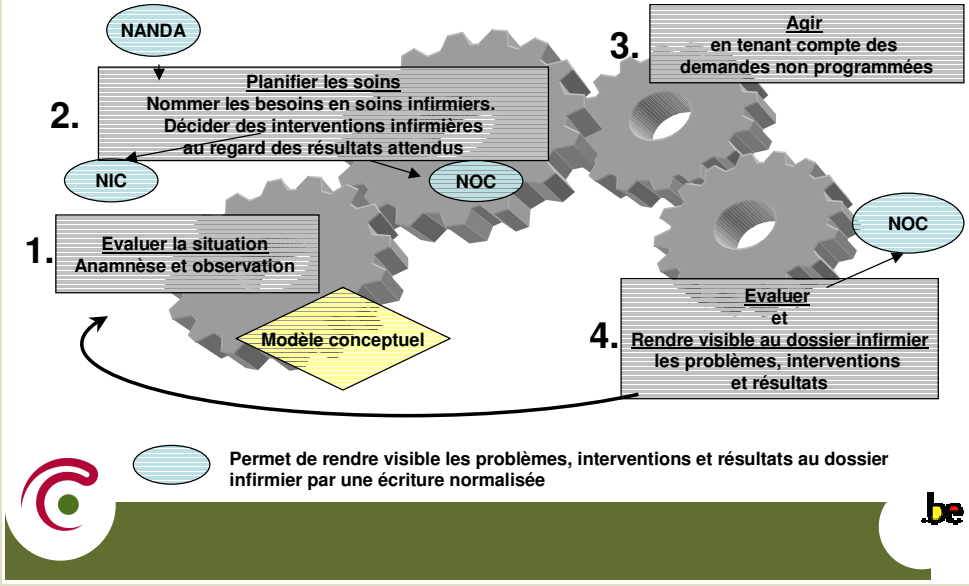
Si vous lui posez la question, elle justifiera son choix en référence à la situation clinique et au but recherché. Elle a REFLECHI son intervention.

Le dossier infirmier est le reflet de la pensée infirmière.

Il fait **apparaître** le lien existant entre la situation clinique de la personne, les interventions infirmières et les résultats obtenus.

42

Du raisonnement clinique au dossier infirmier



Permet de rendre visible les problèmes, interventions et résultats au dossier infirmier par une écriture normalisée

Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Penser

Le raisonnement clinique est une opération mentale complexe qui s'exerce tout au long de la démarche de résolution de problème appliquée aux soins infirmiers (DSI)

Le raisonnement clinique s'effectue par un va et vient constant des indices aux hypothèses pour déboucher sur des décisions.

Les décisions de soins infirmiers se traduisent dans les faits par des actions (interventions infirmières).

Issues de la réflexion, les actions peuvent être justifiées quand au pourquoi de leur existence.

Les justifications se trouvent en aval et en amont de l'AGIR,

A la lecture du dossier infirmier, le lecteur doit pouvoir retrouver les justifications de chaque intervention . Ceci est particulièrement important lorsqu'il y a modification d'intervention inscrite au dossier infirmier.

La visibilité des soins infirmiers dépend de la cohérence interne du contenu du dossier

Dire

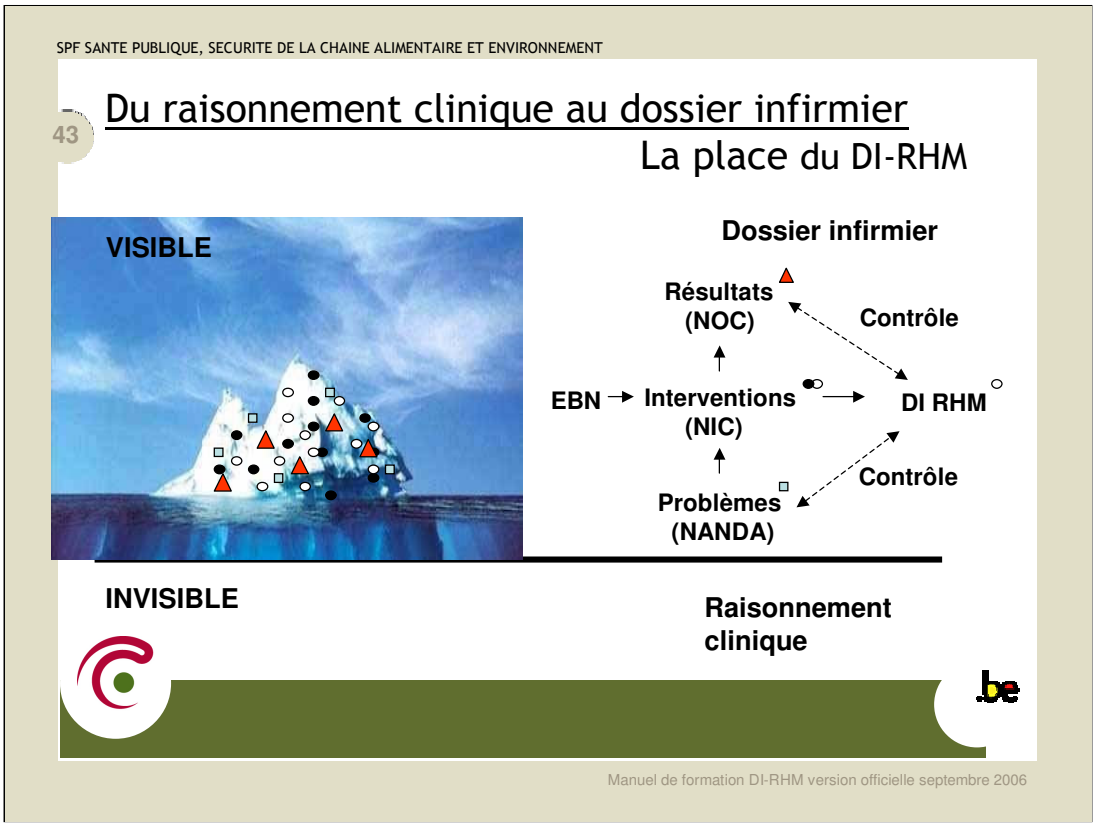
La visibilité des soins infirmiers sera augmentée par l'emploi d'un langage univoque appelé «langage normalisé ou standardisé » propre à la discipline car issu de ses pratiques.

Structuré en classification ce langage, élaboré par des infirmières, est reconnu internationalement au même titre que d'autres classifications. Il permet à l'infirmière de nommer avec une terminologie commune à toutes les infirmières les phénomènes qu'elle traite, la manière dont elle les traite, les résultats attendus et obtenus.

Classification des diagnostics infirmiers (NANDA international)

Classification des interventions infirmières (NIC = Nursing Intervention Classification)

Classification des résultats de soins infirmiers (NOC = Nursing Outcomes Classification)



DI-RHM et le dossier infirmier

Il existe un lien étroit entre Problème/Interventions/Résultats

En collaboration avec le patient, le professionnel décide les interventions(activités de soins) qu'il juge nécessaires en regard du problème à traiter et des résultats attendus. Il évalue ensuite les résultats obtenus.

La justification (contrôle) des interventions effectuées se révèle par des indicateurs démontrant l'existence d'une cohérence dans le raisonnement clinique infirmier.

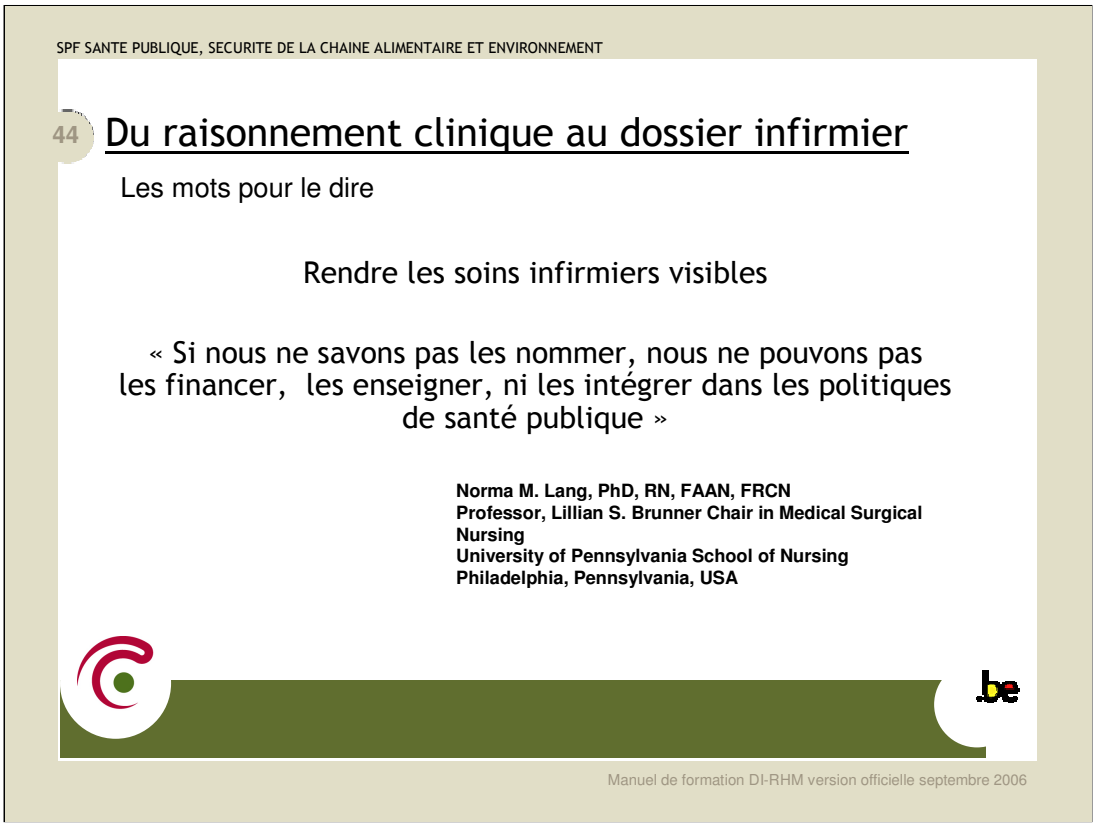
La taxonomie de l'outil d'enregistrement DI-RHM fait référence à la classification NIC (Nursing Interventions Classification) et se limite à 79 items et 92 activités de soins infirmiers.

Il est évident qu'il s'agit bien de l'enregistrement d'un ECHANTILLON de l'activité infirmière.

Il serait réducteur pour la visibilité des soins infirmiers de concevoir un dossier de soins qui ne permettrait que la notation des items de la taxonomie de l'outil d'enregistrement.

L'evidence based nursing ou EBN est une:

Approche qui s'efforce de fonder, autant que possible, les décisions cliniques sur les données actuelles les plus probantes (preuves) issues de la recherche (Pasleau 2000)


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
44
Du raisonnement clinique au dossier infirmier
Les mots pour le dire
Rendre les soins infirmiers visibles
« Si nous ne savons pas les nommer, nous ne pouvons pas les financer, les enseigner, ni les intégrer dans les politiques de santé publique »
Norma M. Lang, PhD, RN, FAAN, FRCN
Professor, Lillian S. Brunner Chair in Medical Surgical Nursing
University of Pennsylvania School of Nursing
Philadelphia, Pennsylvania, USA
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

La visibilité des soins infirmiers sera augmentée par l'emploi d'un langage « normalisé » ou « standardisé » propre à la discipline car issu de ses pratiques.

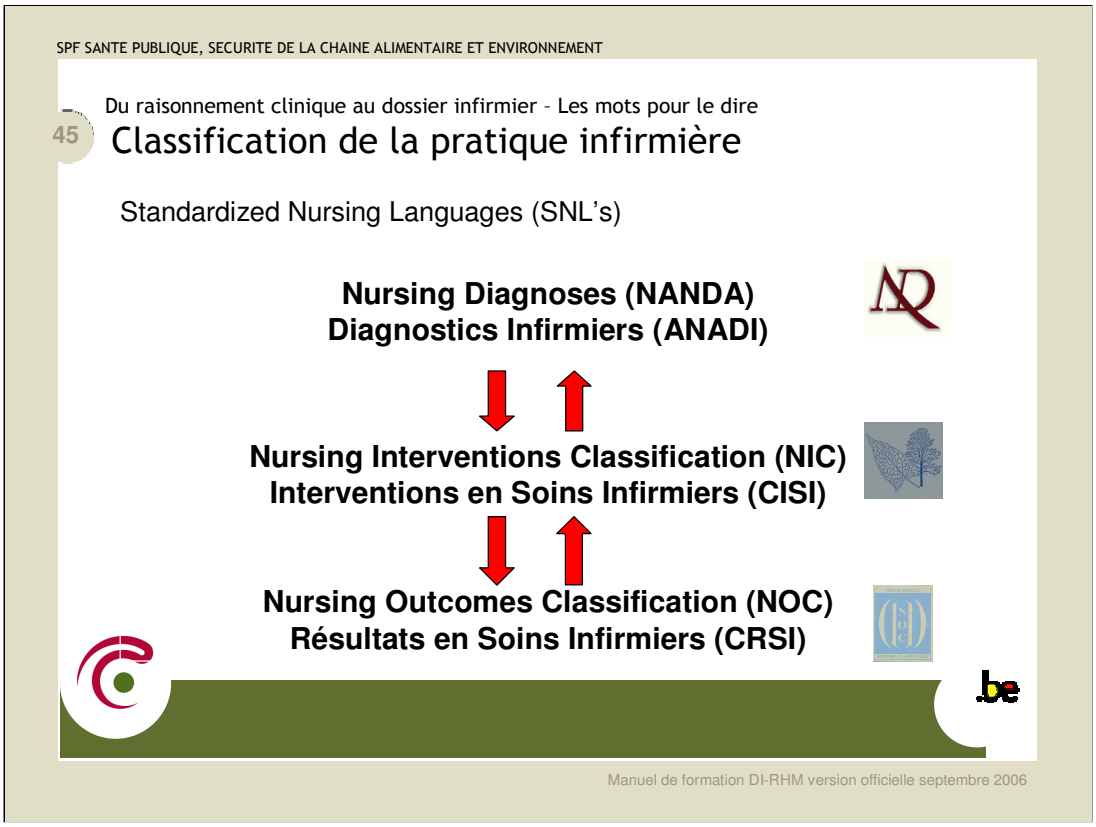
Ce langage élaboré par des infirmières et structuré en classification, est reconnu internationalement au même titre que d'autres classifications.

Il permet à l'infirmière de nommer les phénomènes qu'elle traite, la manière dont elle les traite et d'évaluer les résultats.

Classification des diagnostics infirmiers (NANDA international)

Classification des interventions infirmières (NIC = Nursing Intervention Classification)

Classification des résultats de soins infirmiers (NOC = Nursing Outcomes Classification)


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
Du raisonnement clinique au dossier infirmier - Les mots pour le dire
45
Classification de la pratique infirmière
Standardized Nursing Languages (SNL's)
Nursing Diagnoses (NANDA)
Diagnostics Infirmiers (ANADI)
Nursing Interventions Classification (NIC)
Interventions en Soins Infirmiers (CISI)
Nursing Outcomes Classification (NOC)
Résultats en Soins Infirmiers (CRSI)
.be
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Le principe de la classification existe depuis des temps reculés.

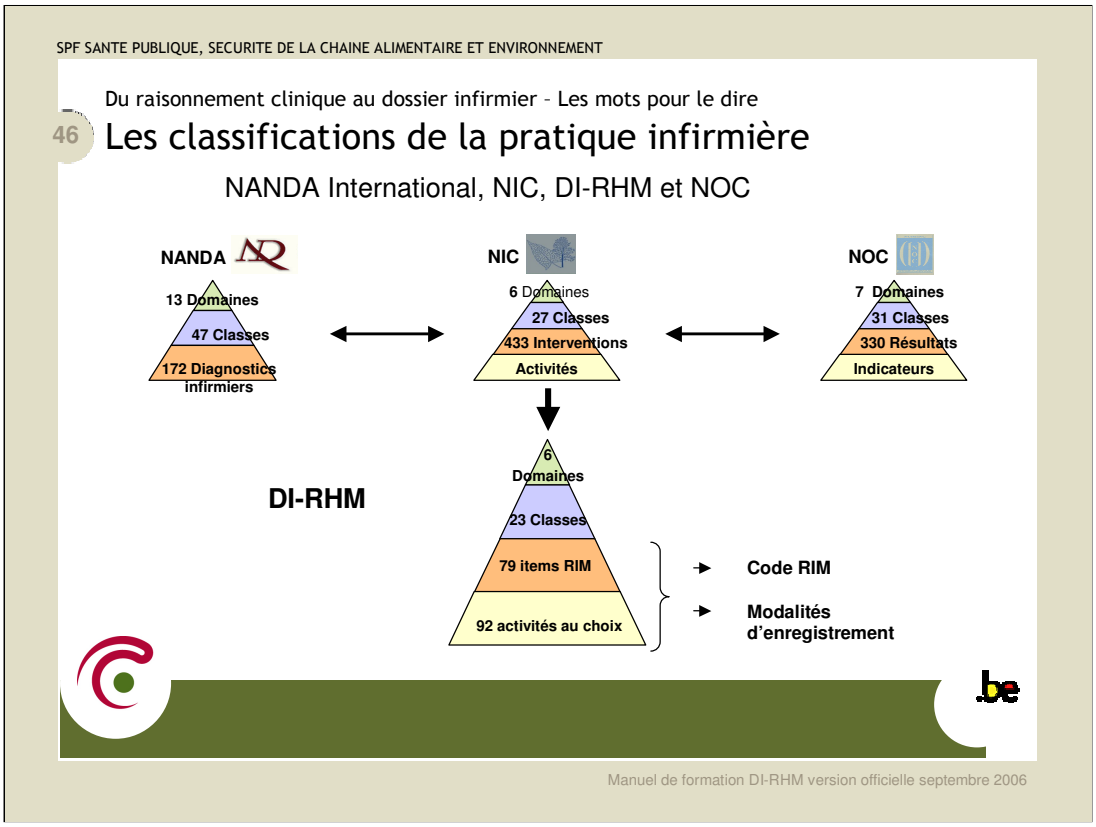
Exemple en biologie :phylum,classe,ordre, famille, genre, espèces et variétés qui répartissent les organismes vivants dans des groupes.

Les classifications permettent de faire progresser le savoir dans un domaine grâce à l'organisation des connaissances et la mise en évidence des principes qui les gouvernent.

Les classifications facilitent la communication par la création d'une terminologie commune.

Lorsque les infirmières utilisent un langage commun pour élaborer une démarche de soins, la communication entre elles est améliorée, ainsi que la continuité des soins, au bénéfice du patient.

Lorsque les classifications sont reconnues internationalement et s'articulent avec celles des autres professionnels, elles facilitent la communication avec ceux-ci.



L'activité infirmière enregistrée par le DI – RHM fait partie intégrante de la démarche en soins (DSI).

C'est en aval et en amont que les interventions de soins trouvent leur justification.

L'emploi d'un langage univoque rend les soins infirmiers visibles.

Une classification correspond à l'ordonnancement ou à l'organisation de diagnostics, interventions ou résultats de soins infirmiers à l'intérieur de groupes ou d'ensembles sur base des relations qui existent entre eux. Un intitulé est assigné à ces groupes.

Ils sont organisés au sein d'une taxonomie à 3 niveaux.

Au sommet, le niveau le plus abstrait, on retrouve les domaines. Un domaine se définit comme « une sphère d'activité, d'étude ou un champ d'intérêt »

Chacun de ces domaines inclut des classes (niveau 2). Une classe se définit comme « une subdivision d'un plus grand groupe; une division de personnes ou de choses selon leur qualité, leur rang ou leur niveau ».

Les classes sont des groupes d'éléments apparentés. Les classes sont spécifiques à un domaine. Chaque classe à un titre, une définition et une liste de composants .

Les composants correspondent au troisième niveau de la taxonomie. Chaque composant a un titre et une définition. Une liste de d'activités ou d'indicateurs (NIC, NOC)

Chaque domaine, classe,…. de la structure a sa propre définition ce qui permet un classement affiné des éléments.

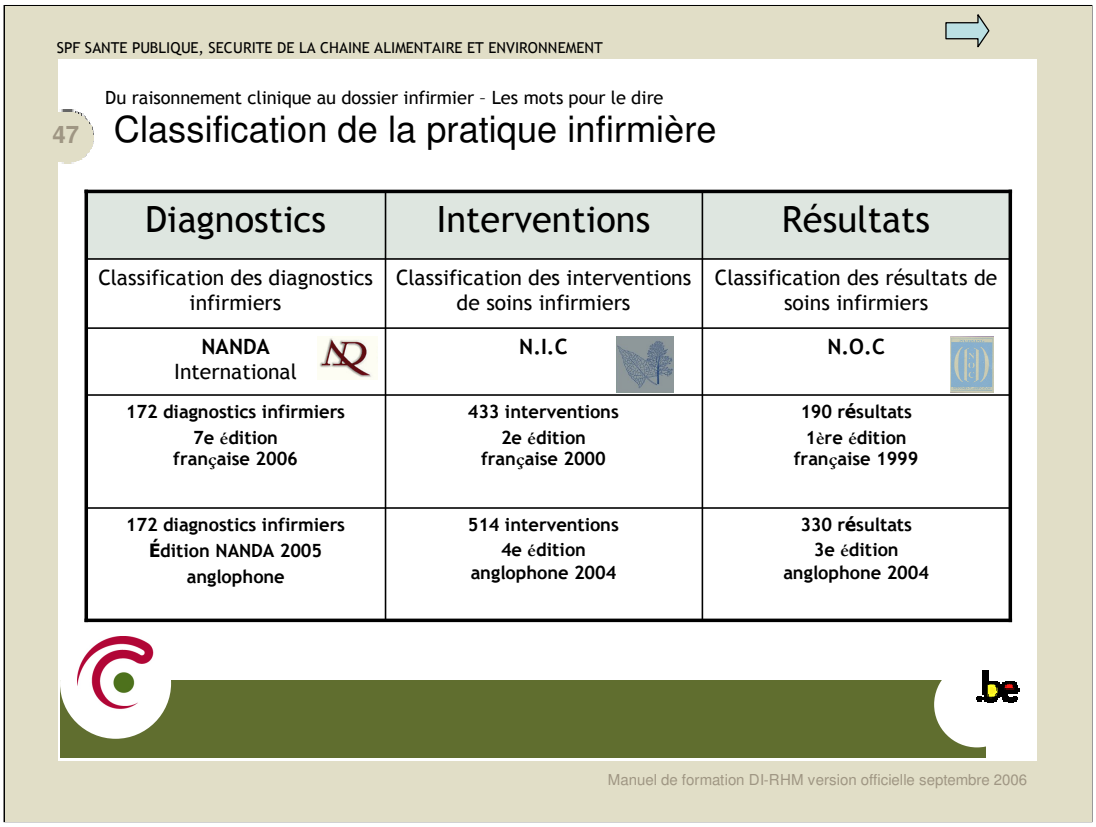
Le niveau 3 et ses composantes concernent davantage les praticiens

Les classifications s'utilisent individuellement ou en lien (articulation des 3 classifications)

L'alliance des 3 NNN se développe depuis 2001

Bibliographie:

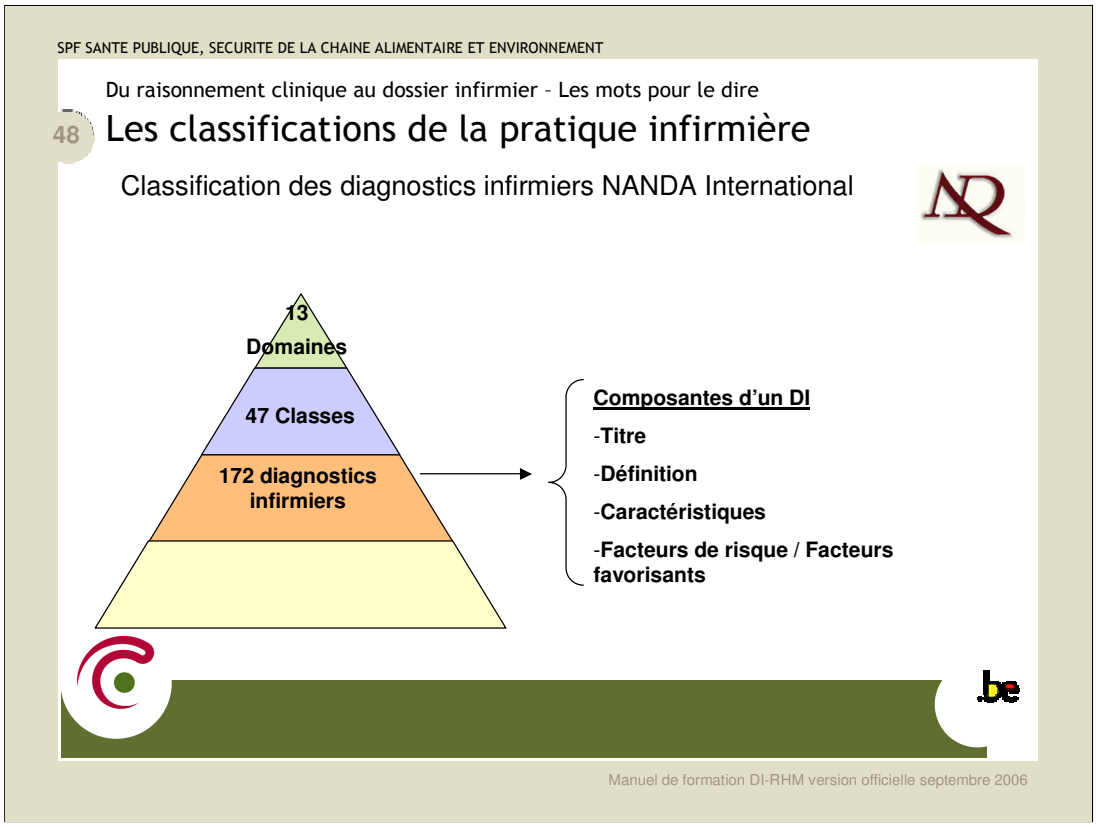
M.JOHNSON, G.BULECHEK, H.BUTCHER, J.McCLOSKEY DOCHTERMAN, M.MAAS, S.MOORHEAD, E.SWANSON, NANDA, NOC, and NIC Linckages: Nursing Diagnoses, Outcomes, & Interventions, ed 2,, St Louis, Mosby Elsevier, 2006



En lien avec la pratique et la recherche en soins infirmiers les classifications sont sans cesse en évolution.

•Quand utiliser les classifications ?

- •Pour élaborer des plans de soins guide : plan de soins pré-rédigé pour un diagnostic infirmier
- •Pour élaborer des protocoles de soins
- •Pour élaborer des chemins cliniques
- •Pour construire les programmes d'enseignement
- •Pour enregistrer l'activité infirmière
- •Pour la recherche en soins infirmiers
- •Pour améliorer la qualité des soins


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
Du raisonnement clinique au dossier infirmier - Les mots pour le dire
48
Les classifications de la pratique infirmière
Classification des diagnostics infirmiers NANDA International
13 Domaines
47 Classes
172 diagnostics infirmiers
Composantes d'un DI
-Titre
-Définition
-Caractéristiques
-Facteurs de risque / Facteurs favorisants
.be
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Composantes d'un diagnostic:

-**Le titre** donne un nom au diagnostic. C'est une phrase ou un terme concis qui représente un ensemble d'indices en lien les uns avec les autres. Les titres des diagnostics peuvent être accompagnés de descripteurs.

-**La définition** donne une description claire et précise du diagnostic; elle précise la signification et aide à différencier ce diagnostic d'autres diagnostics semblables.

-**Les caractéristiques** sont des indices observables ou des inférences regroupés constituant les manifestations d'un diagnostic infirmier. Les diagnostics infirmiers actuels et centrés sur le bien-être sont accompagnés d'une liste de caractéristiques.

-**Les facteurs de risque** sont des facteurs environnementaux et des éléments physiologiques, psychologiques, génétiques ou chimiques qui rendent une personne, une famille ou une collectivité plus vulnérable que d'autres à un problème, dans une situation identique.

-**Les facteurs favorisants** sont les conditions ou circonstances qui peuvent provoquer ou contribuer à l'apparition ou la présence d'un diagnostic infirmier; ces facteurs peuvent être antécédents, associés, reliés ou contributifs.

Bibliographie

ANADI / NANDA International, Diagnostics infirmiers, Définitions et classification 2005-2006,traduction française AFEDI et AQCSI, Paris, Masson 2006, 327 p.

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des diagnostics infirmiers NANDA International

Définition du Diagnostic infirmier

Un diagnostic infirmier est **un jugement clinique** sur les **réactions aux problèmes de santé** présents ou potentiels, ou aux processus de vie, d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité.

Le diagnostic infirmier **sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmier(e)** est responsable

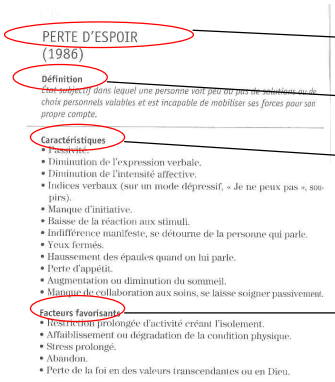
NANDA International

Du raisonnement clinique au dossier infirmier - Les mots pour le dire

50

Les classifications de la pratique infirmière

NANDA International – Exemple



PERTE D'ESPOIR
(1986)

Définition
État subjectif dans lequel une personne voit peu ou pas de solutions ou de choix personnels valables et est incapable de mobiliser ses forces pour son propre compte.

Caractéristiques
- Passivité.
- Diminution de l'expression verbale.
- Diminution de l'intensité affective.
- Indices verbaux (sur un mode dépressif, « Je ne peux pas », soupirs).
- Manque d'initiative.
- Baisse de la réaction aux stimuli.
- Indifférence manifeste, se détourne de la personne qui parle.
- Yeux fermés.
- Haussement des épaules quand on lui parle.
- Perte d'appétit.
- Augmentation ou diminution du sommeil.
- Manque de collaboration aux soins, se laisse soigner passivement.

Facteurs favorisants
- Réduction prolongée d'activité créant l'isolement.
- Affaiblissement ou dégradation de la condition physique.
- Stress prolongé.
- Abandon.
- Perte de la foi en des valeurs transcendantes ou en Dieu.

Titre du Diagnostic infirmier

Définition,

Caractéristiques

Facteurs favorisants

Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

51

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des diagnostics infirmiers – NANDA International

Exemple détaillé

PERTE D'ESPOIR (1986)

Définition

État subjectif dans lequel une personne voit peu ou pas de solutions ou de choix personnels valables et est incapable de mobiliser ses forces pour son propre compte.

Du raisonnement clinique au dossier infirmier - Les mots pour le dire

52

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des diagnostics infirmiers – NANDA International

Exemple détaillé suite

Caractéristiques

- Passivité.
- Diminution de l'expression verbale.
- Diminution de l'intensité affective.
- Indices verbaux (sur un mode dépressif, « Je ne peux pas », soupirs).
- Manque d'initiative.
- Baisse de la réaction aux stimuli.
- Indifférence manifeste, se détourne de la personne qui parle.
- Yeux fermés.
- Haussement des épaules quand on lui parle.
- Perte d'appétit.
- Augmentation ou diminution du sommeil.
- Manque de collaboration aux soins, se laisse soigner passivement.

Facteurs favorisants

- Restriction prolongée d'activité créant l'isolement.
- Affaiblissement ou dégradation de la condition physique.
- Stress prolongé.
- Abandon.
- Perte de la foi en des valeurs transcendantes ou en Dieu.

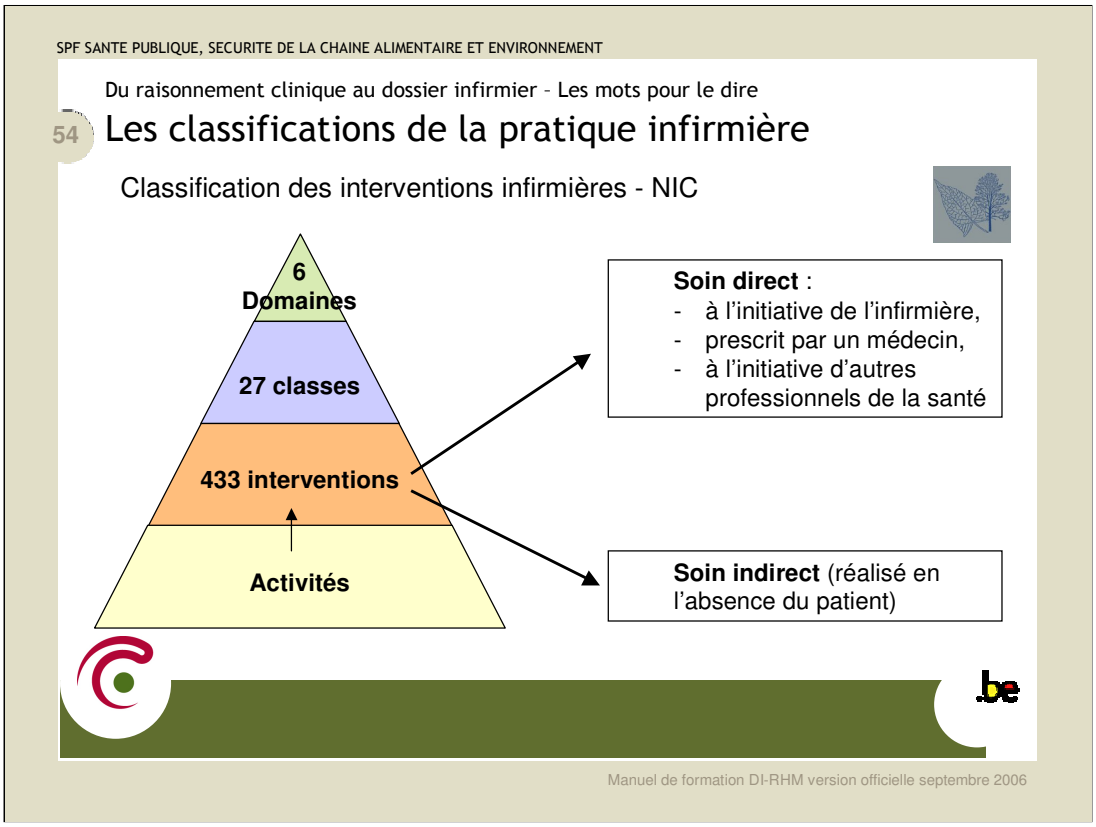
53

Les classifications de la pratique infirmière

NANDA International – références bibliographiques

NANDA international, NANDA Nursing diagnoses: Definitions and classification 2003-2004, Philadelphia: Author.

ANADI / NANDA International, Diagnostics infirmiers, Définitions et classification 2005-2006,traduction française AFEDI et AQCSI, Paris, Masson 2006, 327 p.


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
Du raisonnement clinique au dossier infirmier - Les mots pour le dire
54
Les classifications de la pratique infirmière
Classification des interventions infirmières - NIC
6 Domaines
27 classes
433 interventions
Activités
Soin direct :
- à l'initiative de l'infirmière,
- prescrit par un médecin,
- à l'initiative d'autres professionnels de la santé
Soin indirect (réalisé en l'absence du patient)
.be
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Intervention

• Tout soin basé sur un jugement clinique et des connaissances que l'infirmière réalise afin d'améliorer les résultats de la personne soignée.

Activité

▪ Comportement spécifique adopté par l'infirmière ou action réalisée dans le cadre d'une intervention pour aider la personne soignée à atteindre un résultat escompté.
▪ Il est nécessaire de réaliser une série d'activités afin de mettre en œuvre une intervention .

Intervention de soins directs

▪ Soin prodigué au travers d'une interaction avec les patients .
▪ Inclut les actions infirmières d'ordre physiologique et psychosocial:les actions impliquant des gestes techniques et celles qui relèvent du soutien et du conseil

Intervention de soins indirects

•Traitement dispensé loin du patient mais au nom du patient ou d'un groupe de patients

• Inclut les actions infirmières visant à organiser l'environnement de soins du patient et la collaboration interdisciplinaire

•L'efficacité des soins directs dépend aussi de ces actions

Ex: vérifier un chariot d'urgence, remplir le dossier infirmier

Soin initié par l'infirmier

Intervention initiée par l'infirmière en réponse à un diagnostic infirmier

Action autonome qui a une base scientifique et qui est réalisée au bénéfice du client d'une manière prévisible pour un diagnostic infirmier en vue d'atteindre les résultats escomptés

Soin initié par le médecin

Intervention initiée par le médecin en réponse à un diagnostic médical , mais exécutée par l'infirmière sur base d'une prescription médicale

55

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des interventions infirmières – NIC

INTERVENTION INFIRMIERE

Tout soin reposant sur un jugement clinique et un savoir qu'un(e) infirmier(e) réalise afin d'améliorer les résultats escomptés pour un patient

ACTIVITE

Comportement spécifique adopté par l'infirmière ou action réalisée dans le cadre d'une intervention pour aider la personne soignée à atteindre un résultat escompté.

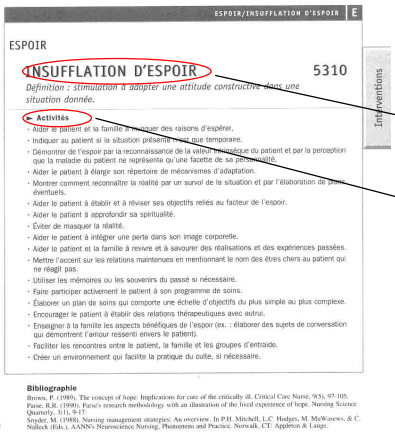
Il est nécessaire de réaliser une série d'activités afin de mettre en œuvre une intervention .

Du raisonnement clinique au dossier infirmier – Les mots pour le dire

56

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des interventions infirmières – NIC - Exemple



Intervention et sa définition

Activités

Les titres et les définitions ne peuvent être modifiés.

Parmi les 10 à 30 activités présentées , le soignant peut sélectionner les activités spécifiques et en ajouter d'autres si il le souhaite

57

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des interventions infirmières – NIC – Exemple détaillé

ESPOIR/INSUFFLATION D'ESPOIR E

ESPOIR

INSUFFLATION D'ESPOIR 5310

Définition : stimulation à adopter une attitude constructive dans une situation donnée.

► Activités

Interventions

Du raisonnement clinique au dossier infirmier - Les mots pour le dire

58

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des interventions infirmières – NIC – Exemple détaillé suite

► **Activités**

- Aider le patient et la famille à invoquer des raisons d'espérer.
- Indiquer au patient si la situation présente n'est que temporaire.
- Démontrer de l'espoir par la reconnaissance de la valeur intrinsèque du patient et par la perception que la maladie du patient ne représente qu'une facette de sa personnalité.
- Aider le patient à élargir son répertoire de mécanismes d'adaptation.
- Montrer comment reconnaître la réalité par un survol de la situation et par l'élaboration de plans éventuels.
- Aider le patient à établir et à réviser ses objectifs reliés au facteur de l'espoir.
- Aider le patient à approfondir sa spiritualité.
- Éviter de masquer la réalité.
- Aider le patient à intégrer une perte dans son image corporelle.
- Aider le patient et la famille à revivre et à savourer des réalisations et des expériences passées.
- Mettre l'accent sur les relations maintenues en mentionnant le nom des êtres chers au patient qui ne réagit pas.
- Utiliser les mémoires ou les souvenirs du passé si nécessaire.
- Faire participer activement le patient à son programme de soins.
- Élaborer un plan de soins qui comporte une échelle d'objectifs du plus simple au plus complexe.
- Encourager le patient à établir des relations thérapeutiques avec autrui.
- Enseigner à la famille les aspects bénéfiques de l'espoir (ex. : élaborer des sujets de conversation qui démontrent l'amour ressenti envers le patient).
- Faciliter les rencontres entre le patient, la famille et les groupes d'entraide.
- Créer un environnement qui facilite la pratique du culte, si nécessaire.

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des interventions infirmières – NIC – Références bibliographiques

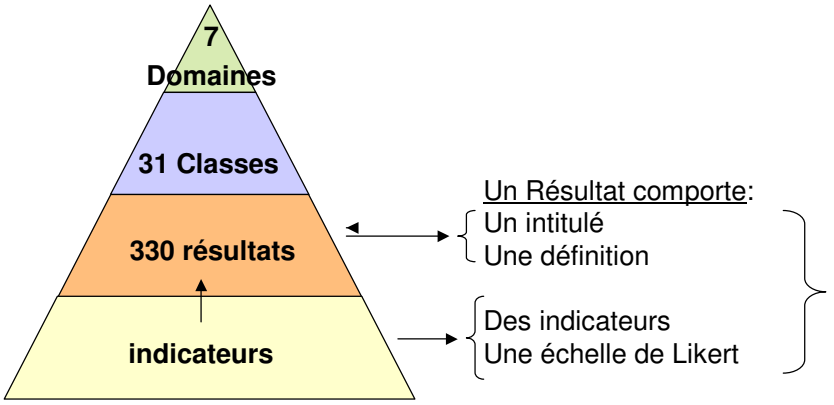
MC Closkey J.L. & Bulechek G.M., Classification des Interventions de soins infirmiers CISI.NIC., Traduction française par DEDOUT CH. ,Paris : Masson, 2000, 755p.

Mc CLOSKEY, DOCHTERMAN J., BULECHEK G. « Nursing Interventions Classification» NIC Fourth Edition, Mosby, 2004,1062p.

60

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des résultats de soins infirmiers - NOC



61

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des résultats de soins infirmiers - NOC

RESULTAT

État , comportement ou perception d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité qui est mesuré dans un continuum en réponse à une (des) intervention(s) infirmière(s)

INDICATEUR

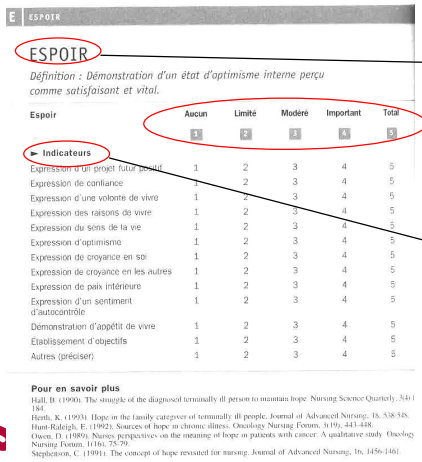
Variable spécifique se rapportant à un résultat de soins infirmiers répondant à une intervention infirmière.
C'est un état observable de l'individu ou de sa famille, un comportement, une perception exprimée ou une évaluation

Du raisonnement clinique au dossier infirmier - Les mots pour le dire

62

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des résultats de soins infirmiers – NOC - Exemple



E ESPOIR

ESPOIR

Définition : Démonstration d'un état d'optimisme interne perçu comme satisfaisant et vital.

Espoir	Aucun	Limité	Modéré	Important	Total
	1	2	3	4	5
► Indicateurs					
Expression d'un projet futur positif	1	2	3	4	5
Expression de confiance	1	2	3	4	5
Expression d'une volonté de vivre	1	2	3	4	5
Expression des raisons de vivre	1	2	3	4	5
Expression du sens de la vie	1	2	3	4	5
Expression d'optimisme	1	2	3	4	5
Expression de croyance en soi	1	2	3	4	5
Expression de croyance en les autres	1	2	3	4	5
Expression de paix intérieure	1	2	3	4	5
Expression d'un sentiment d'autocontrôle	1	2	3	4	5
Démonstration d'appétit de vivre	1	2	3	4	5
Établissement d'objectifs	1	2	3	4	5
Autres (préciser)	1	2	3	4	5

Pour en savoir plus

Hall, B. (1990). The struggle of the diagnosed terminally ill person to maintain hope. Nursing Science Quarterly, 3(4), 184.
Herth, K. (1993). Hope in the family caregiver of terminally ill people. Journal of Advanced Nursing, 18, 538-548.
Hunt-Raleigh, E. (1992). Sources of hope in chronic illness. Oncology Nursing Forum, 3(19), 443-448.
Owen, D. (1989). Nurses perspectives on the meaning of hope in patients with cancer: A qualitative study. Oncology Nursing Forum, 1(16), 75-79.
Stephenson, C. (1991). The concept of hope revisited for nursing. Journal of Advanced Nursing, 16, 1456-1461.

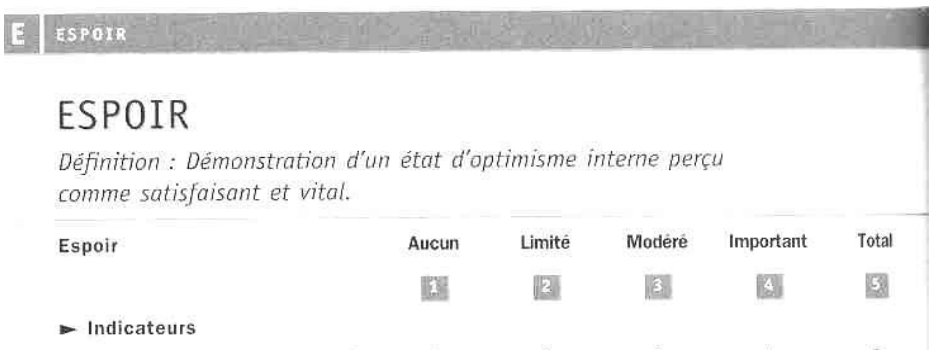
Intitulé et sa définition

Indicateurs avec échelle de type Likert

63

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des résultats de soins infirmiers – NOC – Exemple détaillé



E ESPOIR

ESPOIR

Définition : Démonstration d'un état d'optimisme interne perçu comme satisfaisant et vital.

Espoir	Aucun	Limité	Modéré	Important	Total
	1	2	3	4	5
► Indicateurs					

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des résultats de soins infirmiers – NOC – Exemple détaillé suite

► Indicateurs	1	2	3	4	5
Expression d'un projet futur positif	1	2	3	4	5
Expression de confiance	1	2	3	4	5
Expression d'une volonté de vivre	1	2	3	4	5
Expression des raisons de vivre	1	2	3	4	5
Expression du sens de la vie	1	2	3	4	5
Expression d'optimisme	1	2	3	4	5
Expression de croyance en soi	1	2	3	4	5
Expression de croyance en les autres	1	2	3	4	5
Expression de paix intérieure	1	2	3	4	5
Expression d'un sentiment d'autocontrôle	1	2	3	4	5
Démonstration d'appétit de vivre	1	2	3	4	5
Etablissement d'objectifs	1	2	3	4	5
Autres (préciser)	1	2	3	4	5

Pour en savoir plus

Hall, B. (1990). The struggle of the diagnosed terminally ill person to maintain hope. Nursing Science Quarterly, 3(4) 184.
Herth, K. (1993). Hope in the family caregiver of terminally ill people. Journal of Advanced Nursing, 18, 538-548.
Hunt-Raleigh, E. (1992). Sources of hope in chronic illness. Oncology Nursing Forum, 9(19), 443-448.
Owen, D. (1989). Nurses perspectives on the meaning of hope in patients with cancer: A qualitative study. Oncology Nursing Forum, 16(6), 75-79.
Stephenson, C. (1991). The concept of hope revisited for nursing. Journal of Advanced Nursing, 16, 1456-1461.

65

Les classifications de la pratique infirmière

Classification des résultats de soins infirmiers – NOC – références bibliographiques

Johnson M. & Maas M., Classification des Résultats de soins infirmiers CRSI.NOC., Traduction française par l'ANFIIDE et l'AFEDI, Paris, Masson, 1999, 386p.

MOORHEAD S.,JOHNSON M.,MAAS M. «Nursing Outcomes Classification » NOC » IOWA Outcomes Project . Third Edition Mosby 2004

66 REFERENCES LEGALES

•Loi sur les hôpitaux et AR d'application:

-Article 13 à 17 sur la structuration de l'activité médicale et infirmière: notamment sur le dossier patient
-Article 68 à 71 sur les normes d'agrément: normes fonctionnelles §9 dossier infirmier
-Article 86 sur la communication des données: enregistrements obligatoires

•AR 78 et AR d'application

-article 21 quinquies
- •§1 sur exercice de la profession infirmière
- •§2 sur dossier infirmier

-article 21 sexiesdecies sur l'aide soignant

-article 38 ter 5° sur la délégation médicale à l'infirmier

•Circulaires ministérielles des 01 07 1990, 06 01 1992, 17 06 1997 précisant notamment la prescription médicale, …et AR du 13/7/06-MB 7/8/06

Voir dossier « législation » disponible sur demande

67

LES TRANSMISSIONS CIBLEES

Concept et outil facilitant l'écriture professionnelle au service de la qualité des soins

68

Transmissions ciblées

Forme d'écriture qui a pour objectif de **structurer** la documentation des soins infirmiers

=

*une manière **logique** d'organiser l'information significative centrée sur la personne*

En réponse aux faiblesses de l'inscription traditionnelle narrative, S. Lampe et A. Hitchcock ont présenté un nouveau système « Focus Charting » pour rédiger les dossiers de soins lors de la conférence de l'ANADI à Saint Louis Missouri en 1986.

Le « système des transmissions ciblées » a été introduit en France par Cécile Boisvert, infirmière, Master en Sciences Infirmières Washington DC. Formatrice consultante au GRIEPS.

Références bibliographique:

Lampe S., Focus charting, Minneapolis, Créative Nursing Management, 1986

69 Transmissions ciblées

Nécessitent l'appropriation et l'utilisation d'un **vocabulaire** scientifique et professionnel basé sur une **réflexion clinique** consciente

70

Transmissions ciblées

Utilisent deux outils indissociables et conjugués:

- les **diagrammes**
- les **notes d'observation** (**sous forme de transmissions ciblées**)

71

Transmissions ciblées

Les Diagrammes

Afin d'éviter les pertes de temps et les répétitions inutiles, il est recommandé d'utiliser des diagrammes pour inscrire

- Les surveillances fréquentes telles que : constantes physiologiques, entrées et sorties, signes neurologiques, glycémie…
- Les soins infirmiers requis
  - Sur prescription infirmière: A + B1
  - Sur prescription médicale: B2 + C

72

Transmissions ciblées

Les Diagrammes

Les diagrammes permettent de consigner les activités de soins au niveau des différentes fonctions de l'infirmier(e), autonome et en collaboration, en référence à l'AR n°78

L'ensemble des diagrammes constituent le **tableaux de bord** du suivi de la personne soignée et des soins infirmiers effectués

73

Transmissions ciblées

Les notes d'observation
(sous forme de transmissions ciblées)

Les transmissions ciblées **structurent** le contenu des notes d'observation rédigées sous forme narrative en cibles **étayées** par des données **suivies** d'actions et de résultats.

Cible : - Données
- Actions
- Résultats

74

Transmissions ciblées

Structure des notes d'observation

Date/heure	Cible		
10/02/06 13h00	Douleur plaie opératoire	D A R	Douleur à 6 sur EVA malgré l'utilisation de la PCA à xx mg/ml. Incapable de se mobiliser Consultation du Dr Durand. Nouvelle prescription à xx mg/ml mise en œuvre. (signature) Douleur à 3 sur EVA . Levé au fauteuil avec aide sans augmentation de la douleur. Exprime le confort. (signature)
14h00			

La feuille de notes d'observation est divisée en **4 colonnes** pour favoriser la structuration de l'information:

1. Date et heure
2. Cible
3. D, A, R
4. Information scientifique et professionnelle qui étaye respectivement le D.A.R

Signature du soignant

75

Transmissions ciblées

Une cible c'est…..

Le point de convergence résultant d'une collecte de données systématique

(S. LAMPE)

76

Transmissions ciblées

Une cible c'est…..

- un symptôme
- un comportement de la personne
- un évènement dans le quotidien de la personne
- une préoccupation de la personne
- un changement de l'état de santé
- un diagnostic infirmier
- une réaction à la maladie, aux soins, aux traitements

77

Transmissions ciblées

Une cible n'est pas

un diagnostic médical

un acte de soins infirmier

un problème de l'infirmière ou de l'équipe

un jugement de valeur

78

Transmissions ciblées
Rédaction des notes d'observation

Les notes sont rédigées sous forme de

- **Cibles**
- **Macrocibles**

79

Transmissions ciblées

La macrocible

Structure et **synthétise** les informations concernant la personne soignée à un **moment** précis de la prise en charge et permet un relais rapide et pertinent:

- admission, bilan intermédiaire
- retour du bloc opératoire
- sortie de soins intensifs
- transfert d'une unité à une autre
- départ au domicile ou vers une institution
- ...

Les membres de l'équipe définissent les éléments qui permettent de structurer l'information

80

Transmissions ciblées

Les notes d'observation rédigées sous forme de transmissions ciblées constituent le « cœur » du dossier de soins infirmiers.

Il y a complémentarité

- entre **diagrammes d'activités** et **notes d'observation**
- entre **décision médicale et notes d'observation**
- entre transmissions **écrites** et **orales**
- entre **transmissions ciblées** et **plans de soins guide**

La rédaction des notes d'observation sous forme de transmissions ciblées répond aux exigences légales du dossier infirmier. La démarche de soins infirmiers apparaît clairement.

On peut suivre l'histoire de la personne dans les notes d'évolution. Elles permettent de justifier toutes les actions de soins infirmiers qui y sont mentionnées

Lorsqu'une anomalie, un écart, un symptôme apparaît, il est documenté (cibles, D,A,R)

81

Transmission ciblées

Bibliographie:

E. PATRIARCHE,S.TRUCHARD, L.BOYER, Dossier de soins ciblé. Du raisonnement clinique infirmier aux transmissions ciblées, Les guides de l'AP-HP, Doin/Lamarre Paris, 1997

F. DANCAUSSE,E.CHAUMAT, Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins. Guide méthodologique, 2 éd, Masson, Paris, 2003

82

Plan de soins guide

Le plan de soins guide est un support d'information qui regroupe les mêmes éléments que le plan de soins mais ces données sont **établies** pour un diagnostic infirmier

- Diagnostic infirmier, caractéristiques, facteurs favorisants,
- Résultats attendus
- Interventions infirmières,
- Suivi et Evaluation des résultats

Des plans de soins guide peuvent être **préétablis** au regard d'un diagnostic infirmier, d'un profil type et d'une pratique de soins déterminée. Il conviendra de les personnaliser en partenariat avec le patient.

83

Plan de soins guide

Le plan de soins guide facilite **:**

•**la mobilisation d'une équipe** de soins interdisciplinaire autour d'un problème majeur d'un patient.

• **la continuité des soins** et favorise en conséquence la qualité des soins.

84

Plan de soins guide

Chaque équipe de soins doit déterminer les situations de patient qui déclencheront l'ouverture d'un plan de soins.

Exemples:

- **répétition d'un problème pour un patient**
- **intensité du problème**
- **difficulté des soignants de cerner et résoudre le problème**
- **durée du problème dans le temps**

…

85

Plan de soins guide

Bibliographie:

J. CHARRIER, B.RITTER, Le plan de soins guide. Un support du diagnostic infirmier, Masson, Paris,1999

86

DI-RHM APPLICATION

- Généralités concernant l'enregistrement des données
- Conséquences pour l'infirmière
- Le futur…….

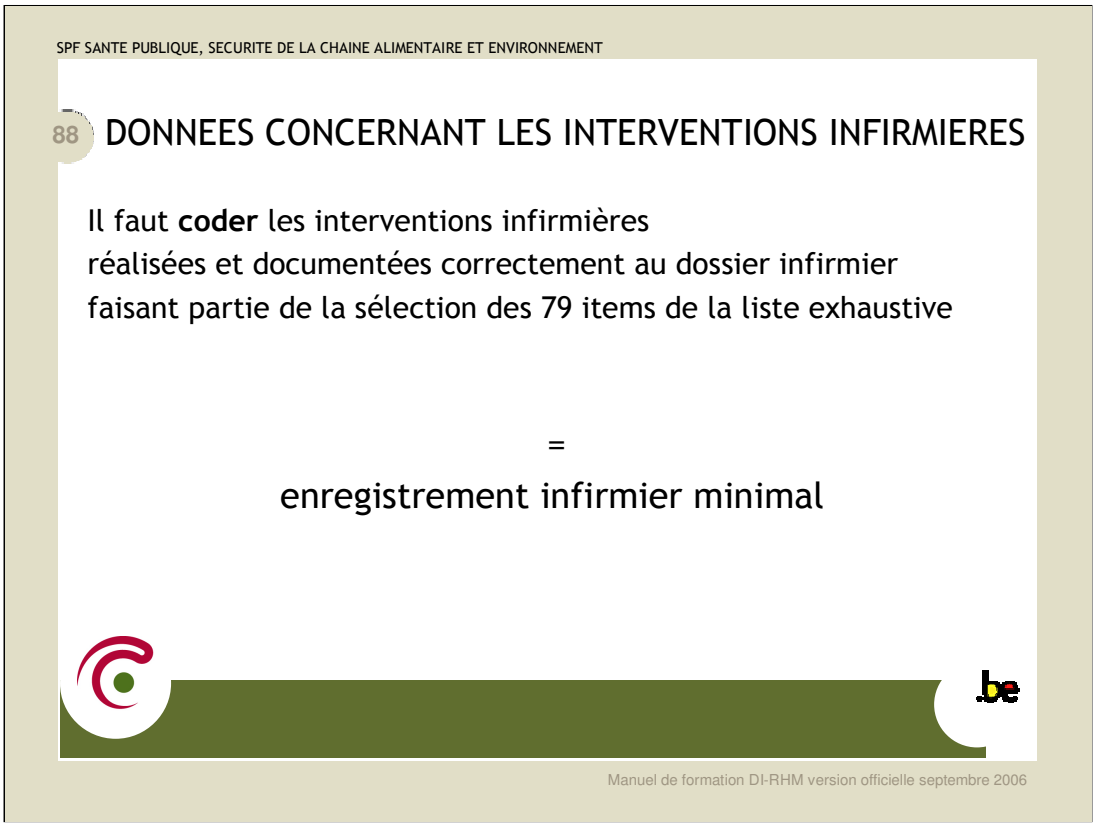
87

GENERALITES CONCERNANT L'ENREGISTREMENT DES DONNEES DI-RHM

Les DI-RHM font partie du RHM (Résumé Hospitalier Minimal), celui-ci comprend l'enregistrement des données suivantes:

Données concernant la structure de l'hôpital
Données concernant le personnel
Données administratives (patient, séjour, unité de soins,…)
Données concernant les interventions infirmières
Données médicales

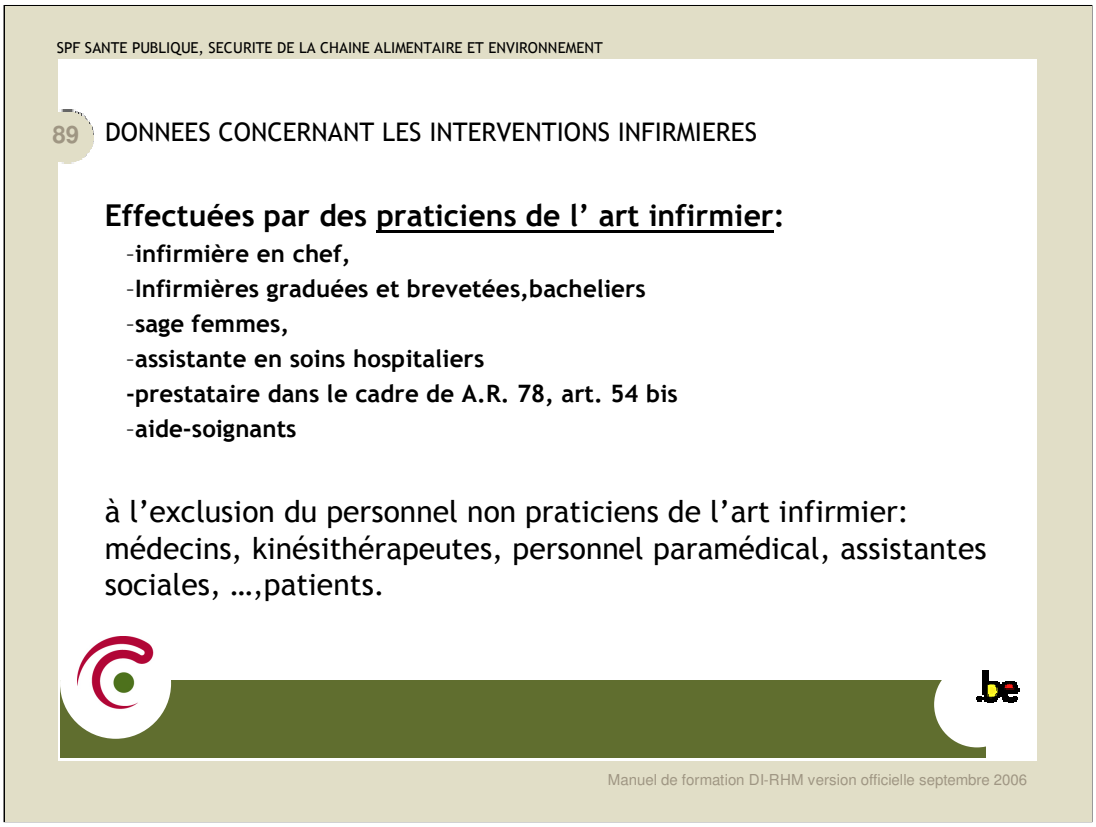
Voir « Manuel d'enregistrement du RHM »


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
88
DONNEES CONCERNANT LES INTERVENTIONS INFIRMIERES
Il faut **coder** les interventions infirmières
réalisées et documentées correctement au dossier infirmier
faisant partie de la sélection des 79 items de la liste exhaustive
=
enregistrement infirmier minimal
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Les données infirmières qui doivent être enregistrées sont des données relevant d'activités infirmières faisant partie **exclusivement** des 79 items de la liste DI-RHM.

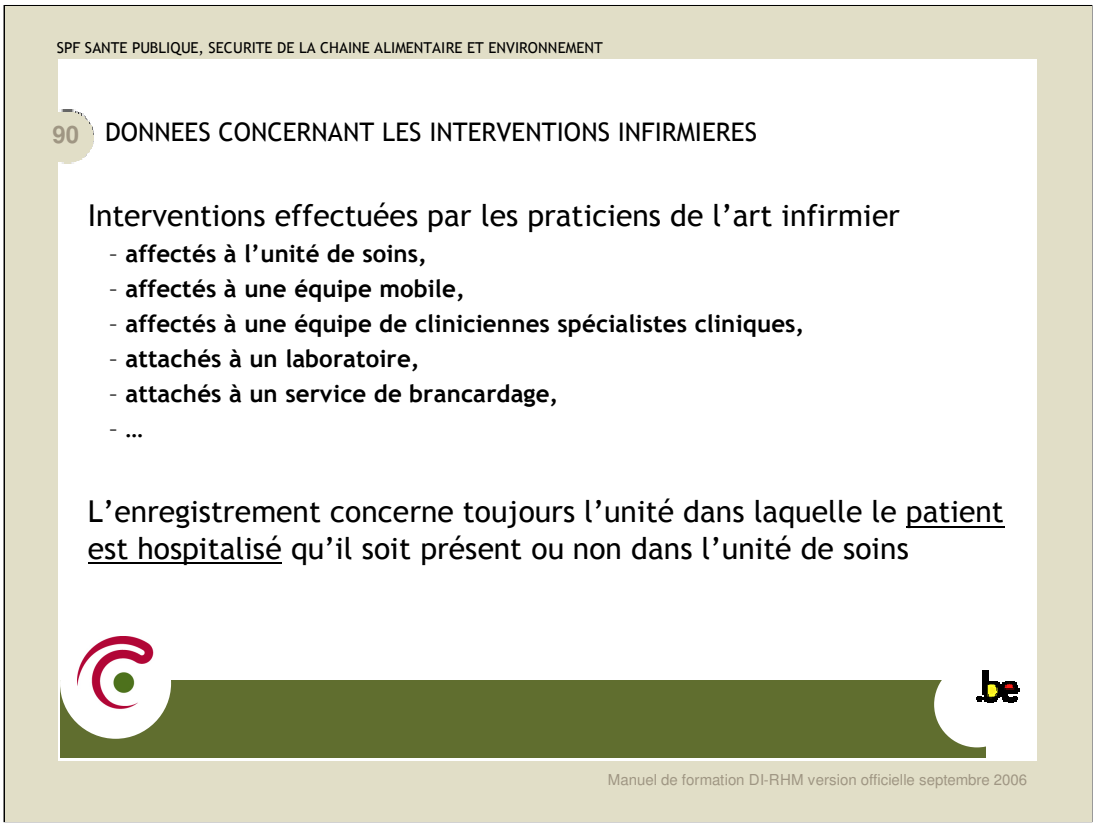
Ces données **doivent recevoir un code** conformément au « manuel de codage » et répondre aux prescriptions de ce manuel quant à la définition de l'activité, ses modalités de score, ses critéres de contrôle,… et doivent être correctement documentées au dossier du patient.

Il s'agit toujours comme pour le RIM d'un enregistrement **minimal** qui donne un profil d'activité mais n'enregistre pas toutes les activités infirmières
(79/514).


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
89
DONNEES CONCERNANT LES INTERVENTIONS INFIRMIERES
Effectuées par des praticiens de l' art infirmier:
-infirmière en chef,
-Infirmières graduées et brevetées,bacheliers
-sage femmes,
-assistante en soins hospitaliers
-prestataire dans le cadre de A.R. 78, art. 54 bis
-aide-soignants
à l'exclusion du personnel non praticiens de l'art infirmier: médecins, kinésithérapeutes, personnel paramédical, assistantes sociales, …,patients.
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

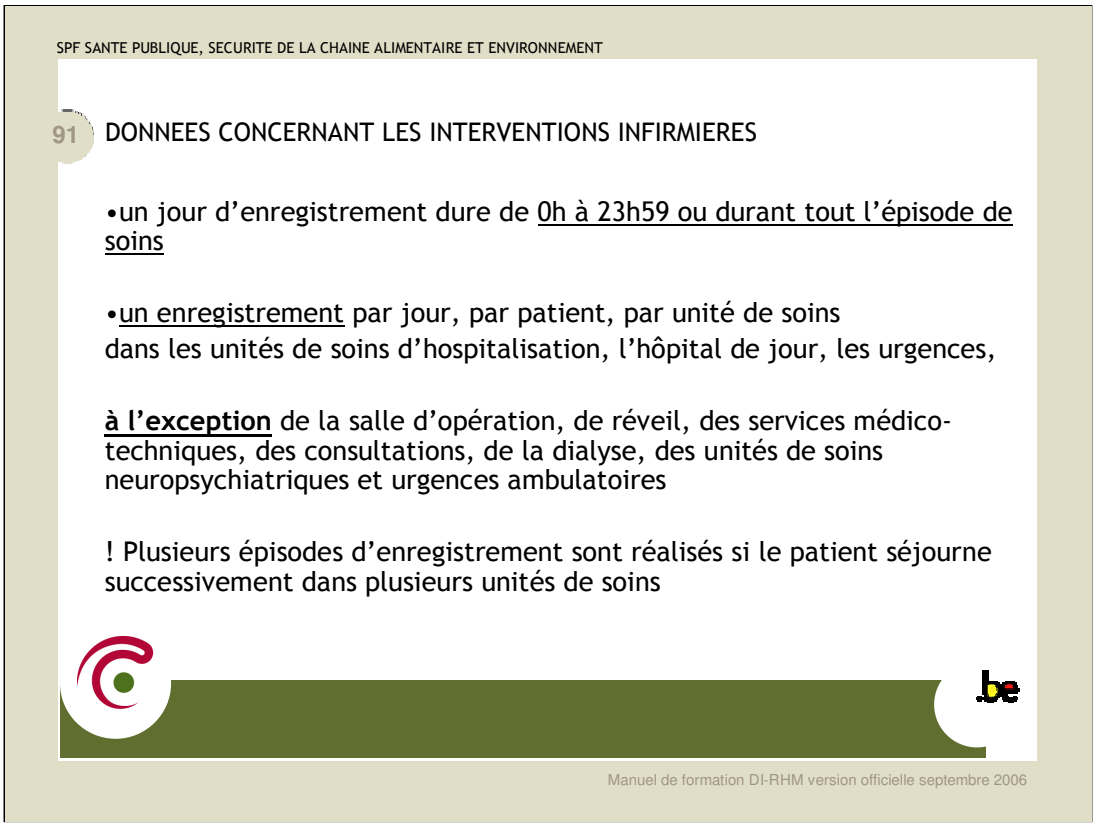
Les activités infirmières qui doivent être codées et enregistrées sont **exclusivement** réalisées par des praticiens de l'art infirmier.

Ceci diffère du RIM I où tout le personnel sous la responsabilité de l'Infirmière en chef pouvait réaliser des soins repris dans l'enregistrement.


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
90
DONNEES CONCERNANT LES INTERVENTIONS INFIRMIERES
Interventions effectuées par les praticiens de l'art infirmier
- affectés à l'unité de soins,
- affectés à une équipe mobile,
- affectés à une équipe de cliniciennes spécialistes cliniques,
- attachés à un laboratoire,
- attachés à un service de brancardage,
- …
L'enregistrement concerne toujours l'unité dans laquelle le patient est hospitalisé qu'il soit présent ou non dans l'unité de soins
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Tout praticien de l'art infirmier qui réalise des soins auprès d'un patient dans l'US ou hors de l'US peut générer un codage et un enregistrement de cette activité si elle répond aux consignes du manuel de codage.

Les interventions infirmières réalisées en dehors de l'unité de soins par un praticien de l'art infirmier de l'unité de soins, par exemple un changement de perfusion à la cafétaria,… peuvent être encodées pour un patient dans l'unité de soins où il séjourne.


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
91
DONNEES CONCERNANT LES INTERVENTIONS INFIRMIERES
•un jour d'enregistrement dure de 0h à 23h59 ou durant tout l'épisode de soins
•un enregistrement par jour, par patient, par unité de soins
dans les unités de soins d'hospitalisation, l'hôpital de jour, les urgences,
à l'exception de la salle d'opération, de réveil, des services médico-techniques, des consultations, de la dialyse, des unités de soins neuropsychiatriques et urgences ambulatoires
! Plusieurs épisodes d'enregistrement sont réalisés si le patient séjourne successivement dans plusieurs unités de soins
.be
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

L'enregistrement concerne 24h de 0h à 23h59, il est donc conseillé de faire coincider les diagrammes de soins avec une journée réelle et non de les faire chevaucher sur deux journées d'enregistrement, ce qui rend le codage et l'audit difficile.

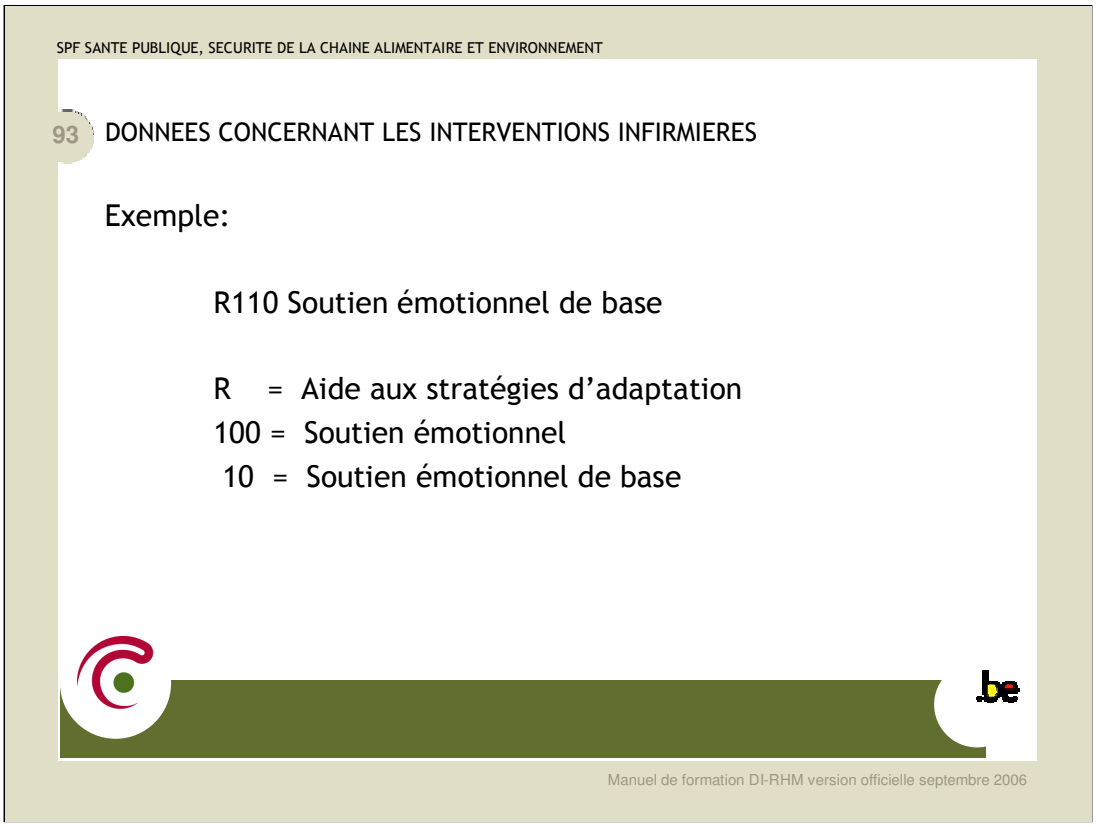
La salle deréveil n'entre plus en compte dans ce nouvel enregistrement à l'inverse du RIM.

Si le patient séjourne successivement au cours de 24h dans plusieurs unités de soins, plusieurs « épisodes » de soins seront enregistrés, en indiquant les heures de début et fin de séjour, et constitueront l'enregistrement de ce jour. A l'inverse du RIM où l'US qui reçevait le patient en dernier lieu devait additionner l'ensemble des enregistrements.

92 DONNEES CONCERNANT LES INTERVENTIONS INFIRMIERES

Le **code d'un item** correspondant à une intervention infirmière comporte 4 positions correspondant aux quatre niveaux de la classification:

Position 1 : lettre de la classe de l'item
Position 2 : chiffre de l'item
Position 3 : chiffre de la possibilité de codage
Position 4 : chiffre de réserve

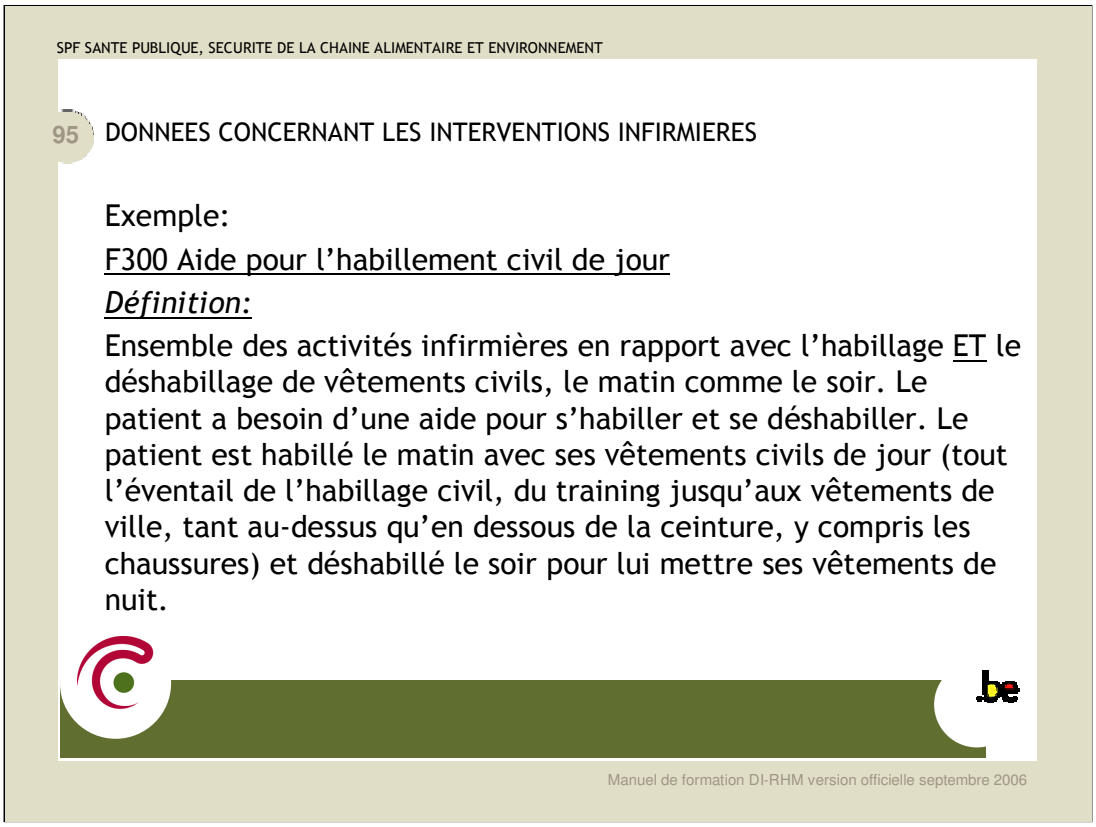

SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
93
DONNEES CONCERNANT LES INTERVENTIONS INFIRMIERES
Exemple:
R110 Soutien émotionnel de base
R = Aide aux stratégies d'adaptation
100 = Soutien émotionnel
10 = Soutien émotionnel de base
.be
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Montrer éventuellement d'autres exemples dans le manuel.

94 DONNEES CONCERNANT LES INTERVENTIONS INFIRMIERES

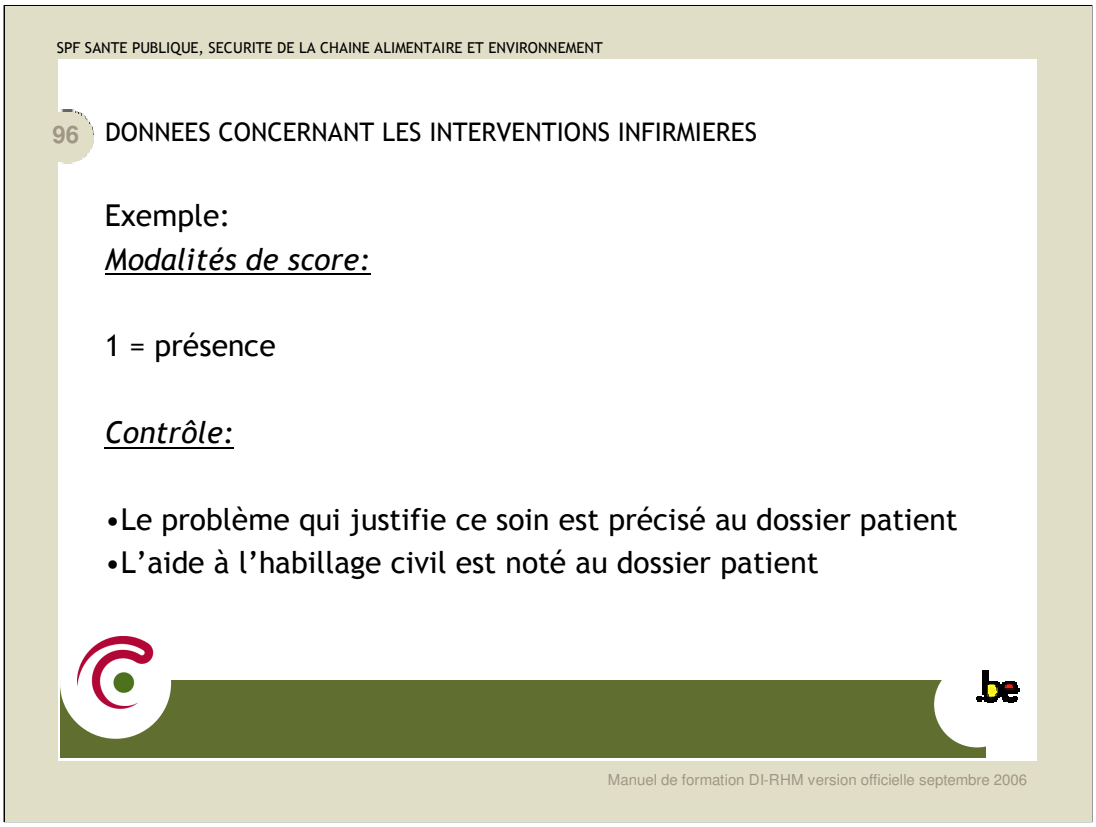
Chaque item **comporte**:

- **un code de quatre caractères**
- **une dénomination**
- **une définition**
- **des modalités de score**
- **des modalités de contrôle**
- **des remarques**


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
95
DONNEES CONCERNANT LES INTERVENTIONS INFIRMIERES
Exemple:
F300 Aide pour l'habillement civil de jour
Définition:
Ensemble des activités infirmières en rapport avec l'habillage ET le déshabillage de vêtements civils, le matin comme le soir. Le patient a besoin d'une aide pour s'habiller et se déshabiller. Le patient est habillé le matin avec ses vêtements civils de jour (tout l'éventail de l'habillage civil, du training jusqu'aux vêtements de ville, tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, y compris les chaussures) et déshabillé le soir pour lui mettre ses vêtements de nuit.
.be
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

La définition sert à préciser et délimiter clairement **le concept** dont il est question dans l'item; celle-ci permet de différencier un item d'un autre ou d'une autre intervention NIC non reprise dans le DI-RHM.

Elle doit être en cohérence avec les autres éléments de l'item: modalités de score, contrôles, remarques.


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
96
DONNEES CONCERNANT LES INTERVENTIONS INFIRMIERES
Exemple:
Modalités de score:
1 = présence
Contrôle:
•Le problème qui justifie ce soin est précisé au dossier patient
•L'aide à l'habillage civil est noté au dossier patient
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Les **modalités de score** indiquent les différentes situations cliniques selon lesquelles l'intervention infirmière peut être enregistrée; ces modalités peuvent être

- simples ex: 1 = présence (D400) ou
- complexes ex: de1 à 6 (G100) ou
- relevant d'un calcul ex: nombre de … (E100)

Les **éléments de contrôle** permettent de valider l'item à l 'enregistrement ou lors d'audits interne ou externe.

97 DONNEES CONCERNANT LES INTERVENTIONS INFIRMIERES

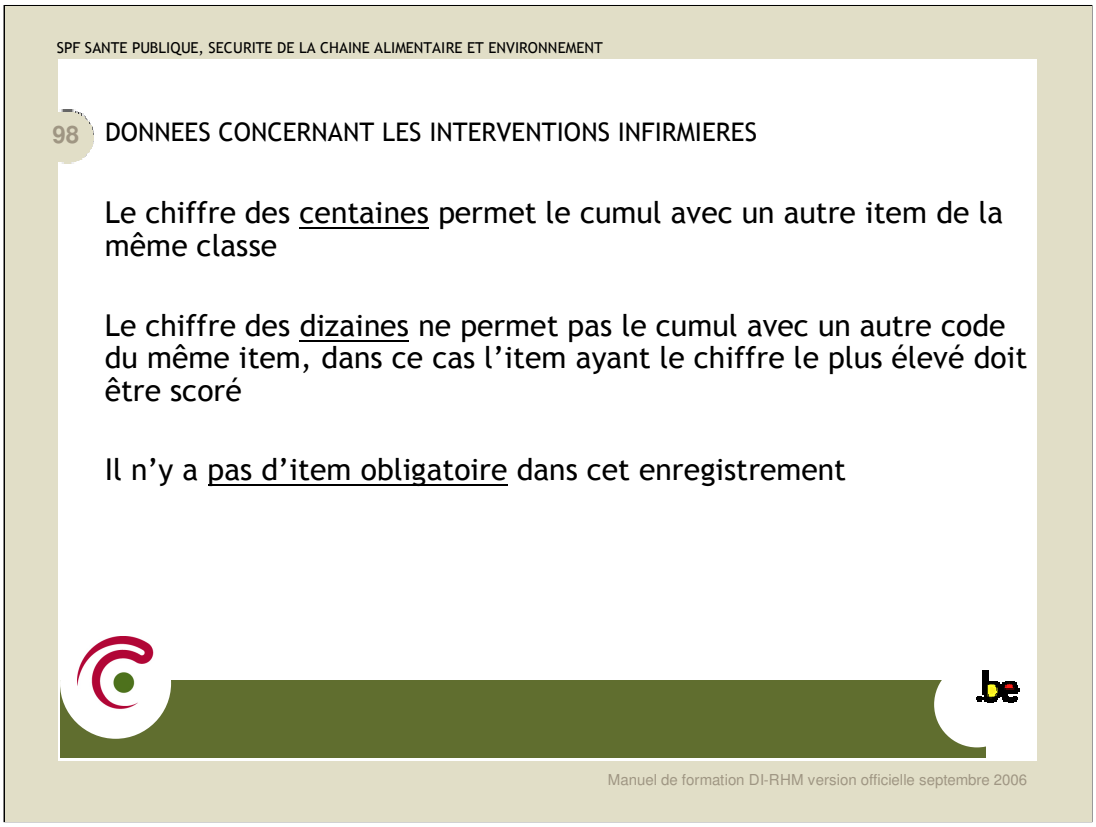
Exemple:

Remarques:

Ne sont pas compris comme habillage civil de jour:

- pyjama, chemise d'opéré, peignoir
- le déshabillage du patient à l'arrivée dans une unité de soins ou l'habillage du patient lors de son départ de l'unité de soins
- l'habillage seul ou le déshabillage seul
- l'habillage lors du décès

Les remarques permettent de préciser la spécificité de l'item par rapport à d'autres situations cliniques et contribuent également à la validation de celui-ci.


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
98
DONNEES CONCERNANT LES INTERVENTIONS INFIRMIERES
Le chiffre des centaines permet le cumul avec un autre item de la même classe
Le chiffre des dizaines ne permet pas le cumul avec un autre code du même item, dans ce cas l'item ayant le chiffre le plus élevé doit être scoré
Il n'y a pas d'item obligatoire dans cet enregistrement
.be
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Les items d'une même classe sont cumulables (100+200+300,…) alors que les sous-items à l'intérieur d'un item ne sont pas cumulables (110#120#130,…)

A l'encontre du RIM, les items du DI-RHM ne sont jamais obligatoires, on pourrait donc se retrouver théoriquement avec un patient pour lequel aucun codage ne serait nécessaire; ce qui serait surprenant d'un point de vue clinique étant donné que l'hospitalisation est souvent nécessitée par le besoin en soins infirmiers.

Il est dans l'intérêt des hôpitaux d'enregistrer tous les items correspondant au séjour d'un patient et de ne pas oublier ou négliger certains items afin d'avoir un profil de soins conforme à la réalité clinique.

Chaque institution et chaque patientèle dans l'institution doit faire l'objet d'une analyse de la pertinence de chaque item par rapport aux modalités de prise en charge des patients.

Cette analyse peut être étendue à l'ensemble des NIC afin de sélectionner, pour la rédaction des diagrammes de soins ou documents de programmation/réalisation, l'ensemble des activités infirmières réalisées auprès de ces patients.

Exemple 1

Non cumulatif avec B220, B230, B240, B250

B210: Suivi de la miction chez un patient continent pour l'urine

Définition: surveillance de la miction chez un patient continent pour l'urine

Score: 1 = présence

Contrôle: la surveillance de la miction est notée au dossier

Remarque: ne peut être scoré en même temps que B100 (Soins liés à l'élimination chez l'enfant de moins de 5 ans)

DONNEES CONCERNANT LES INTERVENTIONS INFIRMIERES

Exemple 2

Une possibilité de codage

E100 : Gestion des symptômes: douleur

Définition: le prestataire de soins observe et évalue régulièrement la douleur auprès du patient à l'aide d'un instrument de mesure….

Score: nombre de contrôles de la douleur

Contrôle: les scores de douleur mesurés à l'aide d'un instrument de mesure et les modalités de prise en charge de la douleur sont notés dans le dossier patient

Remarques: les actions résultant de cette gestion de la douleur …sont scorées dans la classe H…

Exemple 3

Éclatement d'un item RIM I « soins liés à la mobilisation »

Item C1 Installation d'un patient

- C110 : Installation d'un patient alité
- C120 : Installation d'un patient NON alité

Item C2 Aide au déplacement d'un patient dans l'unité

- C200 : Aide au déplacement d'un patient dans l'unité

Item C3 Transport du patient en dehors de l'unité

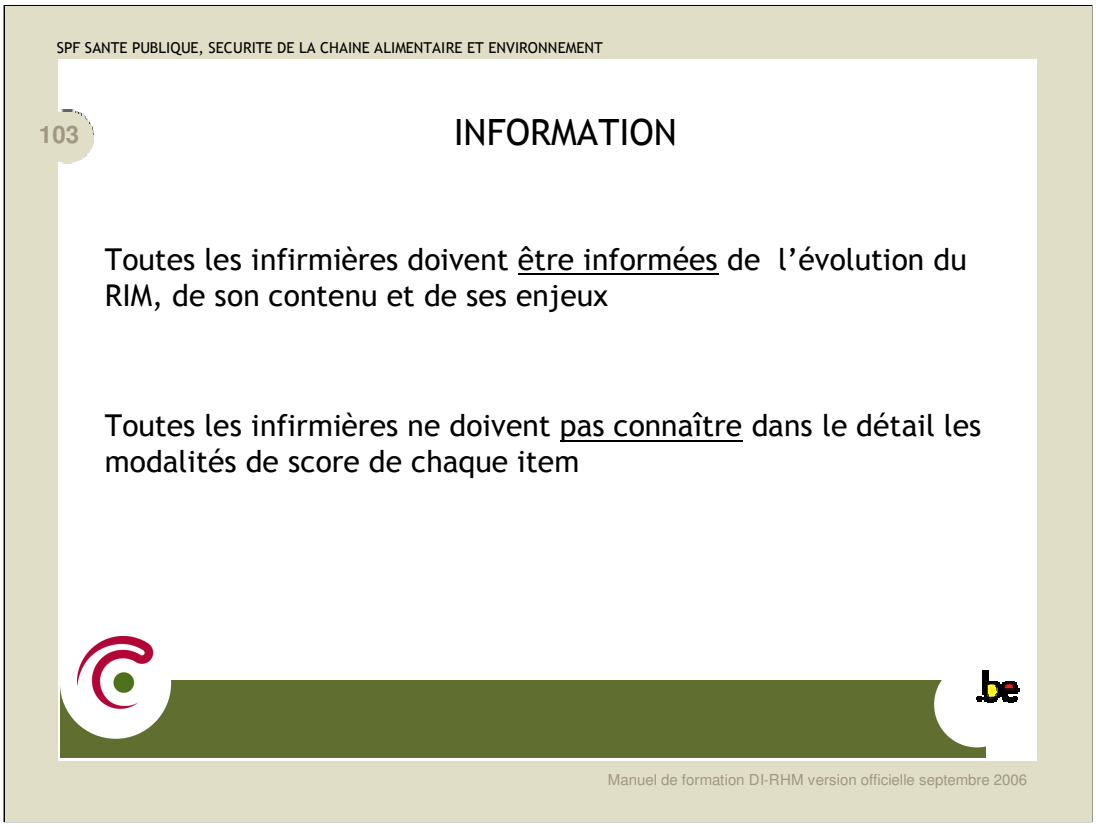
- C300 : Transport du patient en dehors de l'unité

Item C4 Présence de traction

- C400 : Présence de traction

CONSEQUENCES POUR L'INFIRMIERE

Information
Formation
Implication sur le dossier infirmier
Implication sur les applications des résultats


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
103
INFORMATION
Toutes les infirmières doivent être informées de l'évolution du RIM, de son contenu et de ses enjeux
Toutes les infirmières ne doivent pas connaître dans le détail les modalités de score de chaque item
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Que l'on opte pour un codage centralisé ou décentralisé, chaque infirmière doit être clairement informée de l'évolution du RIM, de son contenu et de ses enjeux; ceci s'inscrit dans une démarche de professionnalisation et de responsabilisation par rapport au mode de prise en charge des patients et aux modalités de documentation des soins infirmiers. Ces thèmes sont largement repris dans les slides qui précèdent et qui suivent .

Comme le précisent les objectifs des exercices, les infirmières qui ne participeront pas directement au codage des DI-RHM ne doivent pas maîtriser les détails de ceux-ci comme devront les maîtriser les « codeurs ».

Si l'on adhère au principe que l' « **on ne fait bien que ce que l'on fait souvent** », il semble réaliste d'envisager de préférence un codage centralisé dans l'attente d'une informatisation du dossier infirmier avec extraction automatique des données DI-RHM.

Si pour des raisons organisationnelles, ceci ne peut se faire il faudra passer à la formation et l'encadrement au « codage » de personnes ressource au sein de chaque unité de soins afin d'assurer la phase de transition.

Quelque soit la modalité de codage choisie et la version papier ou informatisée du dossier infirmier, celui-ci devra répondre aux **critères de qualité qui permettent la validation** des DI-RHM.

Pour atteindre cet objectif, il est impératif que chaque infirmière et chaque cadre prenne conscience de ses responsabilités et développe les compétences nécessaires à une documentation professionnelle de ses activités.

104

FORMATION

Des « codeurs spécialisés » devront recevoir une formation approfondie afin de permettre l'enregistrement de données de qualité

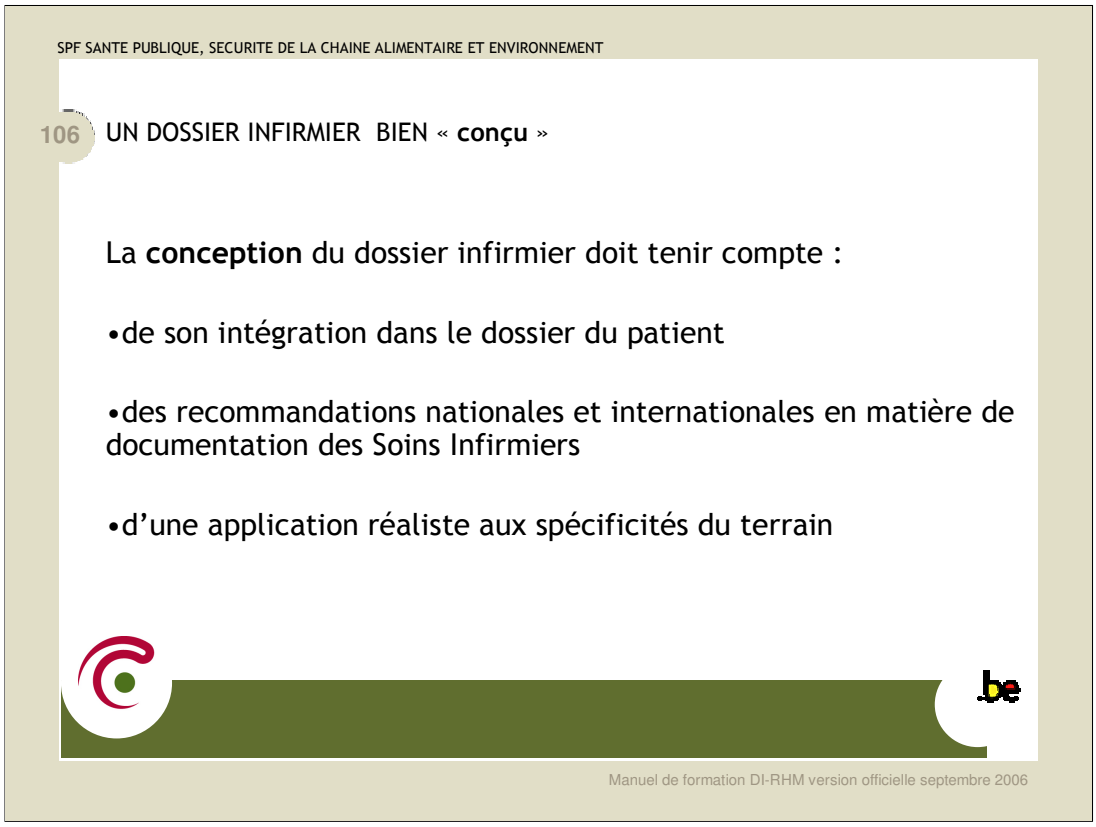
Les infirmières de terrain devront recevoir une formation axée sur la compréhension de l'outil et ses implications au dossier infirmier

Les objectifs de formation sont développés aux slides 119 à 121.

IMPLICATION SUR LE DOSSIER INFIRMIER
version papier

Le dossier infirmier doit répondre à différents **critères**:

- Être bien « conçu » et bien « rempli »
- Répondre aux prescriptions légales
- Permettre le codage des DI-RHM
- Permettre la réalisation d'audits internes et externes
- Bénéficier d'un support ergonomique


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
106
UN DOSSIER INFIRMIER BIEN « conçu »
La conception du dossier infirmier doit tenir compte :
•de son intégration dans le dossier du patient
•des recommandations nationales et internationales en matière de documentation des Soins Infirmiers
•d'une application réaliste aux spécificités du terrain
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

•L'**intégration** du dossier infirmier dans le dossier du patient doit faire l'objet d'une réflexion, d'un consensus et de la construction d'un cadre de référence interdisciplinaire commun, en faisant à priori le deuil des documents précédents pour se projeter dans une démarche de changement et de projet.

•Les **recommandations nationales et internationales** en matière de documentation des Soins Infirmiers préconisent:

- de ne noter que ce qui est nécessaire pour assurer la qualité et la continuité des soins
- de refléter le résultat du raisonnement clinique de l'infirmière

•Une **application réaliste** aux spécificités de terrain du concept du dossier infirmier doit être réalisée dans chaque unité de soins ou groupe d'unités de soins sur base d'une analyse de leur pratique par les membres de l'équipe infirmière. Cette analyse doit définir par type de patientèle, les problèmes, interventions et résultats de soins les plus fréquemment rencontrés afin d'en tenir compte dans l'élaboration du contenu de chaque document.

107

Conception du dossier infirmier

Concrètement, le dossier infirmier doit être composé de **5 documents de base:**

- le bilan des besoins en soins infirmiers,
- le diagramme de programmation/réalisation des soins
- le diagramme de programmation/réalisation des traitements
- le diagramme de programmation/réalisation des surveillances cliniques
- les notes d'observation.

Des documents spécifiques peuvent compléter ces documents de base.

Le bilan des besoins en soins infirmiers suppose un « screening » des différents besoins fondamentaux du patient, le relevé de données cliniques significatives et la formulation des problèmes du patient sous forme de diagnostics infirmiers ou de problèmes traités en collaboration.

Le simple relevé de données administratives, sociales ou médicales ne constitue pas un bilan des besoins en soins infirmiers.

Ce bilan peut être réalisé à différents moments du séjour du patient: à l'entrée, on parle alors d'anamnèse infirmière, durant le séjour, on parle alors de bilan intermédiaire, ou à la sortie, on parle alors de bilan de sortie.

Le diagramme de programmation/réalisation des soins doit inclure tous les soins faisant partie des NIC, et incluant les items DI-RHM, relevant des parties A et B1 de la liste d'actes (AR 78) et réalisés de manière régulière pour un type de patientèle; il doit permettre de programmer les soins et de noter leur réalisation.

Le diagramme de programmation/réalisation des traitements doit inclure tous les soins faisant partie des NIC, et incluant les items DI-RHM, relevant des parties B2 et C de la liste d'actes (AR 78) et réalisés de manière régulière pour un type de patientèle; il doit permettre de programmer les soins et de noter leur réalisation.

Le diagramme de programmation/réalisation des surveillances cliniques doit inclure tous les soins faisant partie des NIC, et incluant les items DI-RHM, relevant de la partie B1 de la liste d'actes (AR 78) qui constituent des surveillances cliniques assurées par les infirmières (par exemple: température, score de Norton, score de douleur,…) et réalisés de manière régulière pour un type de patientèle; il doit permettre de programmer les soins et de noter leur réalisation.

Les notes d'observation de l'infirmière constituent le relevé chronologique du suivi du patient; afin de faciliter leur rédaction et de favoriser leur lecture et leur pertinence et d'éviter les doublons, il est conseillé d'utiliser la méthode dite des « transmissions ciblées ».

L'utilisation de documents complémentaires doit être limitée afin de ne pas alourdir l'outil de travail et être justifiée par un besoin spécifique qui ne peut trouver de réponse par une intégration de l'information dans les cinq documents de base.

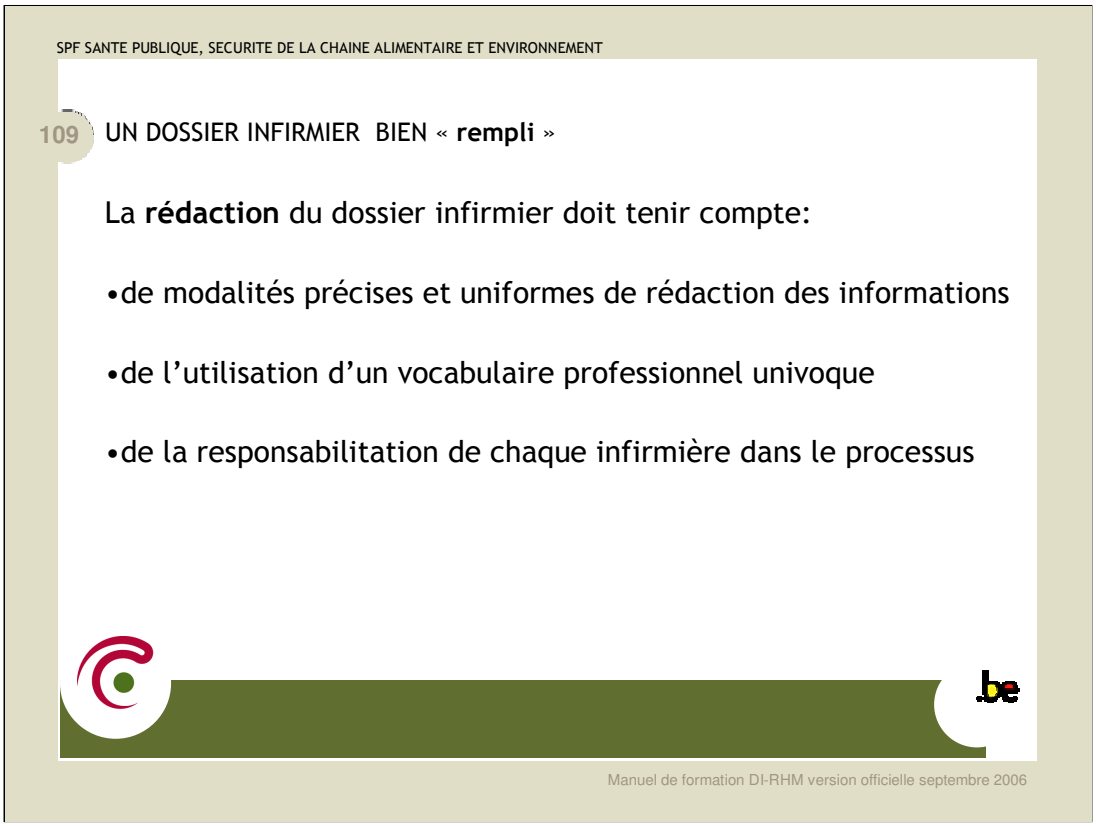
108

Conception du dossier infirmier

Une des applications de ces recommandations se concrétise dans la méthode des « **transmissions ciblées** ».

Cette méthode est largement utilisée dans de nombreux pays et a montrer ses effets bénéfiques.

Voir cadre de référence pour plus d'information slides 67 à 85


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
109
UN DOSSIER INFIRMIER BIEN « rempli »
La rédaction du dossier infirmier doit tenir compte:
•de modalités précises et uniformes de rédaction des informations
•de l'utilisation d'un vocabulaire professionnel univoque
•de la responsabilitation de chaque infirmière dans le processus
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

•Des modalités précises et uniformes de rédaction des informations dans l'institution doivent être définies et consignées dans un **manuel d'utilisation** du dossier infirmier.Celles-ci peuvent servir de base à un **audit interne** de la qualité de rédaction du dossier infirmier.

•L'utilisation d'un **vocabulaire professionnel univoque** est indispensable à la qualité de rédaction du dossier.Cela suppose l'utilisation des **langages infirmiers** pour assurer la pertinence de la terminologie et l'univocité du vocabulaire employé.

•La responsabilité de chaque infirmière dans le processus de rédaction du dossier doit être rappelé et contrôlé en référence au **code de déontologie** de l'infirmière et aux **prescriptions légales** en matière de dossier infirmier.

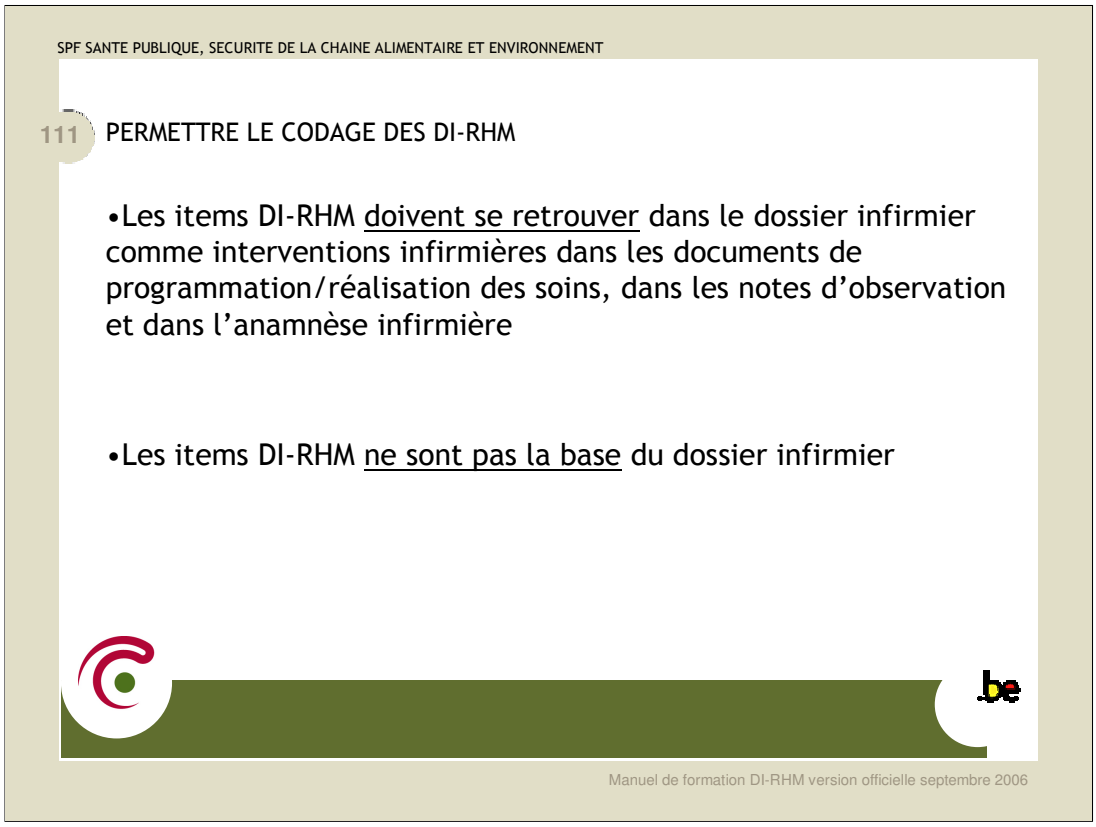
Il s'agit, par ailleurs, d'un processus de professionnalisation de nature à renforcer la qualité des soins.

110 REPONDRE AUX PRESCRIPTIONS LEGALES

La loi sur les hôpitaux prévoit explicitement l'existence et le contenu du dossier infirmier hospitalier.

L'AR 78 concernant l'exercice de la profession infirmière précise dans son article 21 quinquies §2 « les prestations de soins infirmiers, tels que visées aux §1 a), b), et c), sont consignées dans un dossier infirmier ».

Se référer au cadre de référence slide 66


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
111
PERMETTRE LE CODAGE DES DI-RHM
•Les items DI-RHM doivent se retrouver dans le dossier infirmier comme interventions infirmières dans les documents de programmation/réalisation des soins, dans les notes d'observation et dans l'anamnèse infirmière
•Les items DI-RHM ne sont pas la base du dossier infirmier
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Lors de l'encodage, il faudra vérifier dans le dossier infirmier si on retrouve les items DI-RHM tels que décrits dans le manuel de codage tant du point de vue

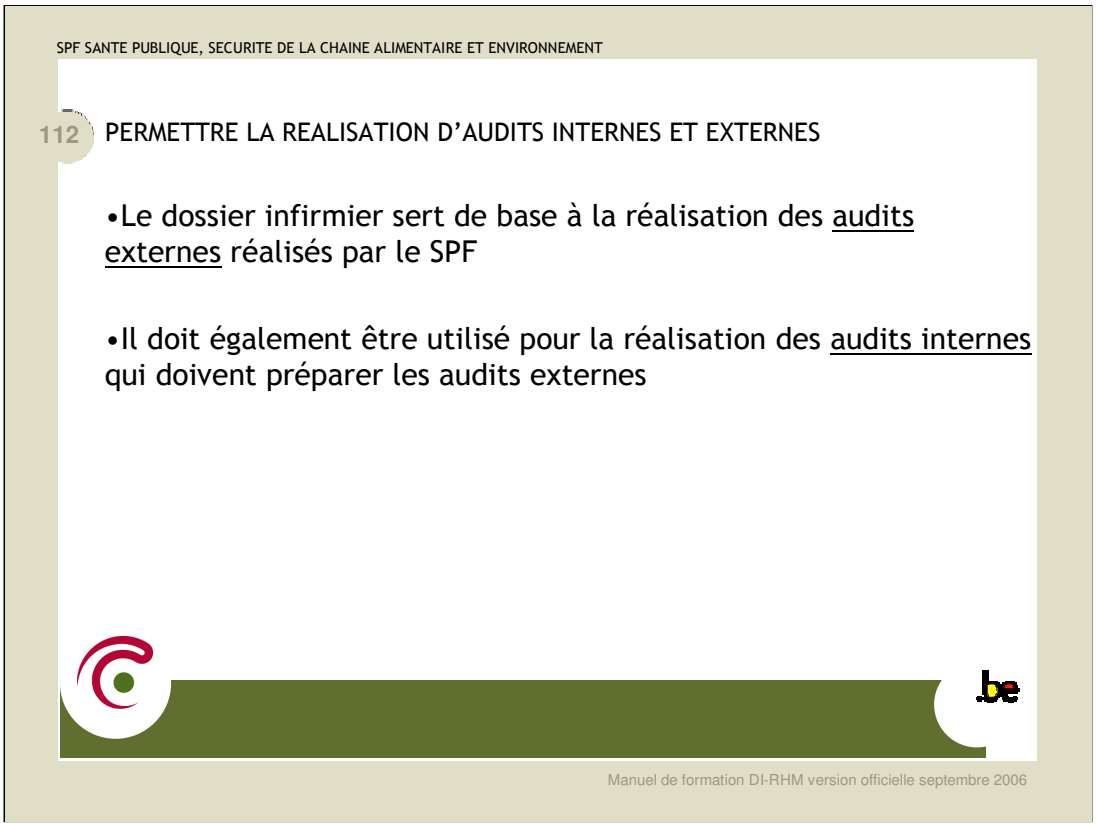
•Définition

•Score

•Contrôles

•Remarques

Lors de la conception du dossier infirmier et dans son utilisation , il faudra être attentif à ne pas réduire le dossier infirmier à l'enregistrement des items DI-RHM en le détournant ainsi de ses objectifs professionnels et légaux.


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
112
PERMETTRE LA REALISATION D'AUDITS INTERNES ET EXTERNES
•Le dossier infirmier sert de base à la réalisation des audits externes réalisés par le SPF
•Il doit également être utilisé pour la réalisation des audits internes qui doivent préparer les audits externes
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

•Un audit est une **opération de diagnostic** qui porte sur une activité particulière ou sur la situation d'une organisation, réalisée au moyen d'études, d'examens systématiques et de vérifications dont les résultats sont jugés en toute indépendance, et qui sert à émettre un avis ou à proposer des **mesures correctives durables.**

- •Opération de diagnostic: suppose que l'on utilise un « référentiel » connu et validé
- •Vérifications: suppose que l'on travaille sur base de documents ou situations concrètes
- •Mesures correctives durables: suppose qu'un rapport soit rédigé et communiqué et que des actions soient entreprises, qui elle-même seront évaluées = cycle de la qualité

•L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer.

•L'audit externe permet à l'administration de refaire le codage du RIM à partir de dossiers sélectionnés afin de vérifier la **fiabilité** des données transmises et de faire des **recommandations** en fonction des résultats

- •Fiabilité: les données transmises par les institutions subissent plusieurs contrôles afin de garantir la qualité de celles-ci: contrôles et audits
- •Recommandations: celle-ci sont formulées dans un rapport qui doit être utilisé par l'institution pour entamer ou poursuivre une démarche d'amélioration de la qualité de l'enregistrement de ses données

•L'audit interne permet à l'institution de **s'autoévaluer** afin de préparer l'audit externe et de s'améliorer si nécessaire

- •Peut porter sur les **différentes étapes** qui conduisent à la transmission de données de qualité
- •Permet à l'institution de **s'autoévaluer** afin de préparer l'audit externe et de s'améliorer si nécessaire

•Les différentes étapes sont:

- •La collecte des données cliniques RIM à partir du dossier infirmier et du raisonnement clinique infirmier
- •Le processus de saisie, de validation, d'envoi des données
- •L'utilisation de feedback
- •Le processus d'information et de formation du personnel
- •La structure de responsabilité de l'enregistrement
- •…

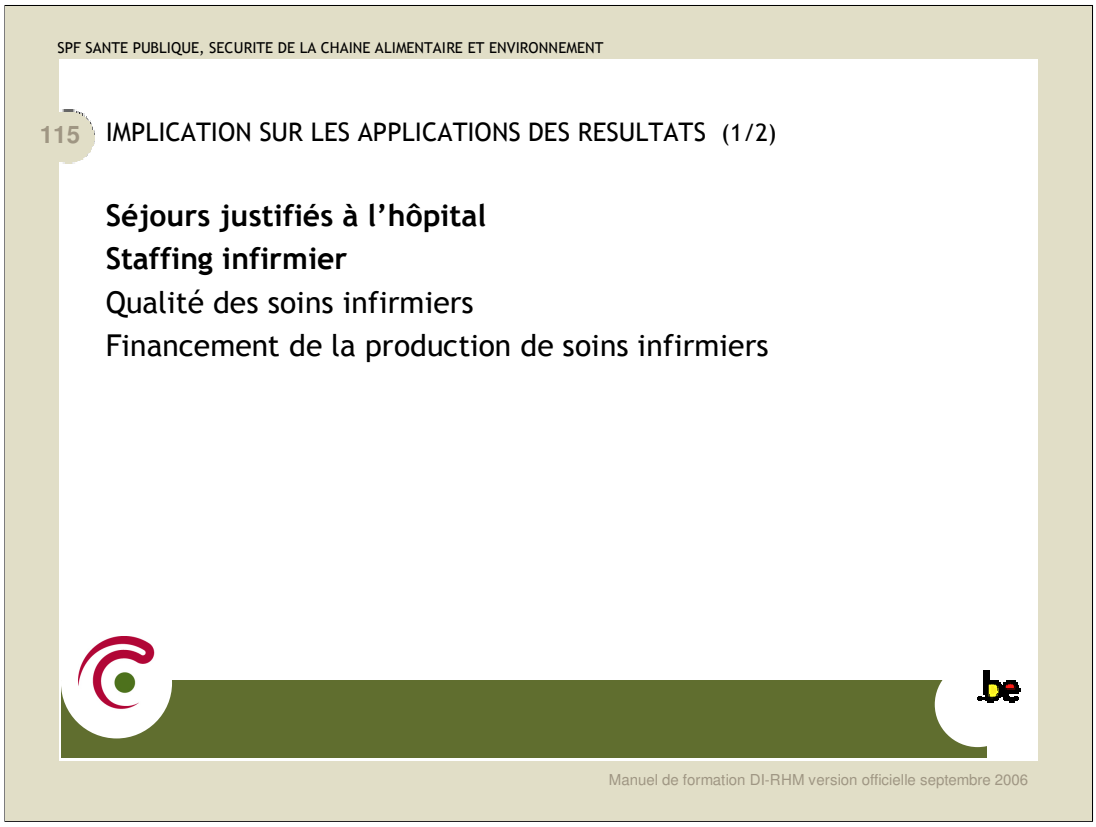
113 BENEFICIER D'UN SUPPORT ERGONOMIQUE

Le dossier infirmier est un outil de travail important pour l'infirmière; une réflexion approfondie sur la dimension ergonomique du support de celui-ci doit permettre de favoriser son utilisation au chevet du patient

IMPLICATION SUR LE DOSSIER INFIRMIER version informatisée

Pour informatiser un dossier infirmier, il faut:

- avoir un dossier papier bien conçu et bien rempli
- avoir un projet et une structure informatique solide
- intégrer le dossier infirmier informatisé dans un dossier patient informatisé
- informatiser en priorité les diagrammes de soins, traitements et surveillance clinique
- prévoir une signature électronique


SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
115
IMPLICATION SUR LES APPLICATIONS DES RESULTATS (1/2)
Séjours justifiés à l'hôpital
Staffing infirmier
Qualité des soins infirmiers
Financement de la production de soins infirmiers
Manuel de formation DI-RHM version officielle septembre 2006

Ces applications vont permettre d'utiliser de manière plus importante les résultats de l'enregistement des DI-RHM et favoriser la démarche de gestion au sein des départements infirmiers et des institutions.

•L'AEP ou « Appropriareness Evaluation Protocol » est un outil permettant d'apprécier la pertinence d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation au travers de critères explicites, prédéfinis, qui sont relatifs aux soins mais indépendants de la pathologie traitée (Winterhalter, 1991) pourra être déduit directement du RHM.

•Trois études sont actuellement en cours sur l'utilisation des DI-RHM et concernent le staffing infirmier, la qualité des soins infirmiers et le financement de la production de soins infirmiers:

2. « Staffing » interne des soins infirmiers sur base du DI-RHM.

2.1 Base (contexte)

Déjà en même temps que la demande de l'actualisation des données minimales en soins infirmiers, il fut demandé aux participants des groupes de travail G et Sp, oncologie, cardiologie soins intensifs et pédiatrie, quelles étaient leurs attentes en matière d'applications.

Les attentes étaient :

le financement

le « staffing »

la qualité

Dans un certain nombre d'hôpitaux on utilisa les items du RIM I comme base pour répartir au mieux une partie du personnel infirmier et du personnel soignant. Le type d'items RIM I et leur utilisation diffèrent d'un hôpital à l'autre.

2.2 Objectif

L'objectif le plus important du projet est de développer un instrument (outil) pour répartir de manière objective le personnel infirmier et soignant sur base du DI-RHM.

L'idée du projet est la mise en place d'une liste de pondération en terme de temps pour chaque item du DI-RHM en tenant compte de l'avis des soins infirmiers (groupes d'experts).

2.3 Résultats attendus

Une analyse des items du MVG II avec les aspects techniques, explication des formules et des comptes, description des variables DI-RHM utilisées.

Une guidance technique et une guidance pour l'utilisation de l'outil informatique pour l'adaptation interne de la répartition du personnel soignant et infirmier.

Les estimations temps par item MVGII et les méthodes de travail.

2.4 Contractant

Le projet est financé par « Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid » et mis en route par des chercheurs de l'UZ à Gand, l'université de Gand et l'UCL.

2.5 Timing

Le projet débuta le 01/06/06 et va jusqu'au 31/06/07.

2.6 Pour plus d'informations : cfr site web.

116 IMPLICATION SUR LES APPLICATIONS DES RESULTATS suite (2/2)

Séjours justifiés à l'hôpital

Staffing infirmier

Qualité des soins infirmiers

Financement de la production de soins infirmiers

3. Banque de données en matière de qualité des soins infirmiers

3.1 Base (contexte)

De part le monde il y a un certain nombre d'études qui analyse la dotation en personnel (nombre et qualification) et la qualité des soins. Les résultats de ces études démontrent qu'il y a une évidence certaine entre une dotation élevée en personnel et une meilleure qualité des soins. La plus part de ces études ont eu lieu après un examen des données administratives. Via le DI-RHM et Résumé Clinique Minimum, le « SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire, Environnement » dispose de 2 banques de données administratives qui rendent possible des études similaires dans le cadre belge.

3.2 Objectifs

L'objectif le plus important du projet est de rendre visible la dotation en personnel infirmier et la qualité des soins au moyen de 2 types d'indicateurs, à savoir, le niveau personnel infirmier et la qualité des soins.

Le but du projet est la mise sur pied d'une liste d'indicateurs sur base d'une recherche littéraire systématique.Cette liste sera présentée à un panel d'experts en ce domaine d'étude afin qu'ils se prononcent sur la validité du contenu.

Après, les indicateurs sélectionnés seront adaptés au contexte des banques de données belges via un panel d'experts nationaux. Les indicateurs pour la dotation en personnel infirmier seront issus du DI-RHM ; les indicateurs pour la qualité des soins seront issus du Résumé Clinique Minimum.

3.3 Résultats attendus

Une analyse du RIM II (MVG) et du MKG avec les aspects techniques

Un feedback outil afin de générer des informations au sujet des 2 indicateurs

3.4 Contractant

Le projet est financé par le « Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsheid » et est exécuté par la KUL Louvain et le « Center for Health Outcomes et Policy research de l'université de Pennsylvanie »

3.5 Timing

Le projet débuta le 01/09/05 et se termine le 28/02/07

4. Le financement des soins infirmiers dans les hôpitaux

4.1 Base (contexte)

A l'heure actuelle le financement des hôpitaux en Belgique est constitué d'une partie fixe et d'une partie variable. La partie variable est entre autre basée sur des données qui concernent les soins infirmiers. L'utilisation de ces données pour le financement se limite à un nombre de signes (codes). L'étalonnage (le bien fondé) des soins infirmiers pour son financement est basé sur l'emploi réel du personnel et non sur l'emploi souhaité du personnel.

4.2 Objectif

Le but principal du projet est l'étude d'1 modèle de financement pour les soins infirmiers fondé sur les besoins du staff et l'évaluation de soins justifiés.

4.3 Résultats attendus

Une vue d'ensemble de la littérature ne ce qui concerne le financement des soins infirmiers

Une proposition d'1 modèle de financement pour les soins infirmiers

4.4 Contractant

Le projet est financé par le « Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg » et est exécuté par des chercheurs de la KUL (Louvain) et du CHU (Liège)

4.5 Timing

Le projet débuta le 01/01/06 et se termine le 31/01/07

117 FUTUR?

- 2RIM2 extraction automatique du DI-RHM à partir d'un dossier infirmier informatisé

- Module de formation informatisé on line

Le projet « 2RIM2 » vise à produire un cahier des charges pour la réalisation d'un programme d'extraction automatique du DI-RHM à partir d'un dossier infirmier informatisé.

Le SPF va faire une étude de faisabilité pour mettre à la disposition du public un module de formation au DI-RHM on line.

2 RIM 2/2MVG 2

Base (contexte)

La 2ème version du RIM sera traduite à partir de janvier 2007. La 2ème version est plus détaillée que la précédente et nécessite l'enregistrement d'un certain nombre de nouvelles données.

Un certain nombre d'hôpitaux ont déjà commencé à développer des adaptations informatiques pour la gestion du dossier de soins infirmiers.

Après l'introduction de la 2ème version du RIM en temps que partie des données minimales des hôpitaux, on travaille à un nouvel arrêté royal concernant l'ensemble des conditions minimales auxquelles le dossier de soins infirmiers doit satisfaire.

1.2 Objectifs

L'objectif principal du projet est de rendre possible la transparence et l'exportation automatique de données qui sont exigées dans la 2ème version des données minimales en SI, au moyen de software pour la gestion (administration) du dossier infirmier

L'intention du projet est l'amélioration de la qualité de l'information et pas de livrer rien que l'administratif du RIM2.

Le futur AR en ce qui concerne l'ensemble des recommandations minimales auxquelles doit satisfaire le dossier infirmier doit être pris comme point de départ.

1.3 Résultats attendus

Un devis détaillé basé sur une analyse approfondie avec laquelle les concepteurs software impliqués peuvent immédiatement être opérationnels pour développer un dossier infirmier d'où le RIM2 peut être extrait. Il sera donc nécessaire de tenir une comptabilité des formats d'exportation exigés pour l'application du « portahealth ». Le devis sera validé par les hôpitaux qui sont impliqués dans le projet et qui disposent déjà d'un programme pour la gestion du dossier infirmier. Après, la diffusion se fera entre tous les acteurs du domaine du développement software.

1.4 Contractant

Le projet est financé par le "SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire, Environnement" et sera exécuté par un consortium sous la direction de M.Mark Devos et Mediware Malines

1.5 Timing

Le projet débute le 01/04/06 et se termine le 31/03/07.

118

DI-RHM EXERCICES

- Objectifs
- Exercices niveau 1
- Exercices niveau 2

DI-RHM Exercices

OBJECTIFS

Niveau 1

S'adresse à l'infirmière qui travaille dans une unité de soins qui est concernée par l'enregistrement du DI-RHM

Objectif: prise de conscience et démonstration de la compréhension des items

Niveau 2

S'adresse au codeur du DI-RHM

Objectif: maîtrise du codage des items et capacité à résoudre les problèmes de codage et à poser les questions pertinentes si nécessaire

120

DI-RHM EXERCICE niveau 1

Exercice

Trouver le domaine, la classe et l'item par rapport à une intervention infirmière donnée après avoir visualisé la carte de synthèse et analysé sa structure

121

DI-RHM EXERCICES niveau 2

Débutante:

- **Choisir les domaines, les classes, les items, les possibilité de codage dans une situation clinique simple.**
- **Identifier les items cumulatifs et non cumulatifs et appliquer le codage adéquat dans une situation clinique simple**

Performante:

- **Choisir les domaines, les classes, les items, les possibilité de codage dans une situation clinique complexe**
- **Choisir les domaines, les classes, les items, les possibilité de codage dans une situation clinique complexe en tenant compte des critères de contrôle et des remarques.**

Experte:

- **Coder le DI-RHM à partir d'un dossier infirmier simple et complexe en tenant compte des critères de contrôle et des remarques.**
- **Conseiller les débutantes et performantes**
- **Résoudre les situations problématiques**